

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

679

ANNEE 1967

POUR LE

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean - François CHARLES

né le 26 septembre 1938 à ALGER (Algérie)

Interne des Hôpitaux d'Alger

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PLACE DE L'ABAISSEMENT COLIQUE RETRO-RECTAL
ET TRANSANAL (OPERATION DE DUHAMEL) ET DE SES
VARIANTES, DANS LA CHIRURGIE COLO-RECTALE
DE L'ADULTE.

Président : Monsieur P. ABOULKER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET



I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

MM.

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
	{ GOUGEROT (L.)
Physique médicale	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENDIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Bouicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	{ COCHIN
	{ LÉGER (L.)
	{ HÔTEL-DIEU
	{ PATEL (J.)
	{ SAINT-ANTOINE
	{ GOSSET (J.)
	{ SALPÊTRIÈRE
	{ SICARD (A.)
	{ TENON
	{ OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
Cliniques médicales	{ BARIÉTY (M.)
	{ DREYFUS (G.)
	{ CONTE (M.)
	{ KOURILSKY (R.)
	{ BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	MERGER (R.)
Saint-Antoine	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BREGEAT (P.)
(Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZIGONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BROUET (G.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	SÈZE (S. de)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	JUDET (R.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)
(Necker)	LAPLANE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)
(Lariboisière)	RAMBERT (P.)
(Pitié)	WOLFROMM (R.)
(Rothschild)	POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHEL (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONGOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phthisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYBOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A ma Femme,

A ma Soeur.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur P. ABOULKER

Professeur de Clinique Urologique

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

En témoignage de ma reconnaissance
pour l'enseignement que j'ai reçu de
lui à l'hôpital Cochin.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544304_0021

A mon Maître,

Monsieur le Professeur-agrégé J. LOYGUE

Chirurgien des Hôpitaux

Membres de l'Académie de Chirurgie

qui m'a confié le sujet de cette thèse .

En témoignage de mon admiration et de
mon profond attachement

A mes Maîtres d'Internat :

Monsieur le Docteur J. PEGULLO

Monsieur le Professeur F. DUBOIS

Monsieur le Professeur J. GOSSET

Monsieur le Professeur P. DAUTRY

Monsieur le Docteur M. HIVET

Monsieur le Professeur A. STEG

Monsieur le Professeur M. MALAFOSSE

Monsieur le Docteur J. HEPP

Monsieur le Docteur J. MOREAUX

PLAN

I - INTRODUCTION

II - TECHNIQUE

- a - L'opération de Duhamel "type".
- b - Les 3 variantes.

III - INDICATIONS

- a - Etude critique des opérations conservatrices de la fonction sphinctérienne
- b - La maladie de Hirschprung
- c - Les tumeurs du rectum :
 - malignes
 - bénignes
- d - Le rétablissement de la continuité après opération de Hartmann
- e - Les fistules recto-vaginales et recto-urétrales traumatiques
- f - Les rétrécissements et fistules après curie-thérapie pour cancer du col utérin
- g - Les rétrécissements cicatriciels ou post-opératoires du rectum.

IV - COMPLICATIONS - RESULTATS FONCTIONNELS

V - CONCLUSIONS

I - INTRODUCTION

Reprochant à la sigmoïdectomie (opération de Swenson) pour maladie de Hirschprung de l'enfant, le taux "assez élevé" de ses complications graves et de ses échecs partiels ou totaux, et considérant l'attitude de DAVID STATE (partisan de la résection par voie abdominale pure) comme une "réaction de recul excessive", Bernard DUHAMEL a conçu , en 1956, un procédé chirurgical qui porte son nom:

" l'abaissement rétro-rectal et transanal du colon, après fermeture du moignon rectal comme dans l'opération de Hartmann".

Les premières applications de ce procédé à la chirurgie colorectale de l'adulte ont été effectués en 1962 par LOLMEDE et REDON, et visaient plus particulièrement des cancers du rectum.

A leur exemple, nos premières tentatives, qui remontent au début de l'année 1963, concernaient des lésions malignes de la portion terminale du tube digestif.

Bientôt, des incidents post-opératoires précoces nous ont amenés à modifier la technique originale de DUHAMEL.

Nous nous sommes ensuite demandé si ce procédé ne pouvait être étendu à d'autres lésions que le cancer, en particulier aux tumeurs bénignes et aux lésions rectales nécessitant une résection intestinale.

Le but de ce travail est de préciser, à l'occasion de 17 observations que notre Maître le Docteur LOYGUE a bien voulu nous confier, les indications et les résultats de cette opération dans la chirurgie colo-rectale de l'adulte.

oOo

III - TECHNIQUE

La technique de l'opération de Duhamel telle qu'elle est pratiquée chez l'enfant peut s'appliquer sans modification chez l'adulte. Nous la rappellerons brièvement (DUHAMEL, Presse Médicale 64, 95, 2249-2250, 1956 et G.M. De FRANCE 2.2.1963 599-607) pour nous attacher à ses variantes.

I - RESECTION RECTO-SIGMOIDIENNE AVEC ABAISSEMENT RETRO-RECTAL ET TRANS-ANAL DU COLON : (opération de B. DUHAMEL)

a - Dispositif:

- Le malade est placé en position de chirurgie synchrone, les membres inférieurs sur les étriers .
- Une sonde vésicale est mise en place.

b - Le temps abdominal :

- Laparotomie médiane débordant à gauche l'ombilic.
- Exploration.
- Mobilisation du colon ilio-pelvien ou du colon gauche en totalité :
 - . incision du péritoine dans la gouttière pariéto-colique gauche ;
 - . décollement du colon ilio-pelvien et de son méso ;
 - . incision du mésocolon et section vasculaire ;

- . Il est nécessaire de prévoir d'emblée l'abaissement du colon au périnée, aussi dans certains cas faut-il compléter la libération du colon ilio-pelvien par celle du colon descendant et de l'angle colique gauche, et de sectionner les vaisseaux coliques gauches.

- Libération du rectum :

- . en restant à l'intérieur de la gaine, au contact de l'intestin, mais sans atteindre , en avant et sur les côtés le niveau du cul de sac du Douglas.
- . en arrière, au contraire, le décollement est poursuivi jusqu'au plancher des releveurs, entre les lames sacro-recto-génito-pubiennes qui sont intégralement préservées.

- Section du colon au point choisi , fermeture de la tranche proximale par des fils dont les chefs sont gardés longs.

- Section du rectum :

- . 2 ou 3 centimètres au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas (le moignon rectal doit avoir 7 à 8 centimètres de long).

Il n'est pas sans importance d'insister sur le lieu de section du rectum ; un moignon laissé trop long sera le siège de troubles fonctionnels propres à tout segment intestinal exclus (fécalomes..) un moignon trop court a toutes les chances de voir la suture de la tranche se désunir.

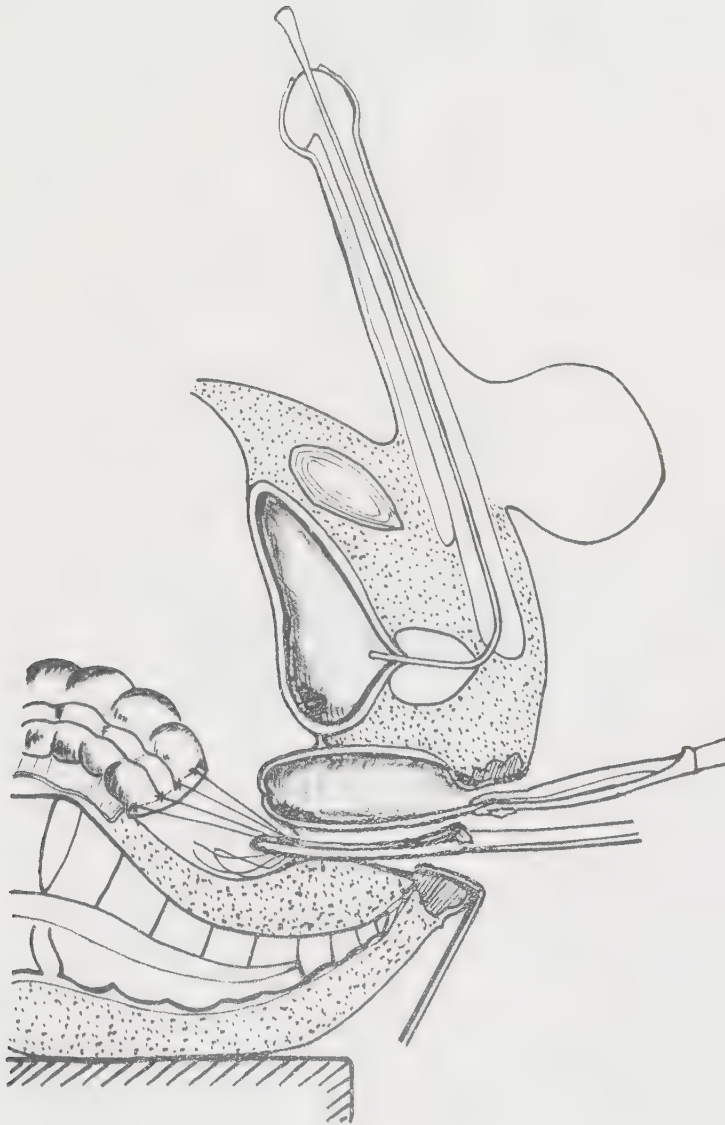
- Fermeture de la tranche de section distale du rectum par des points séparés de fil fin en un plan extra-muqueux.

c - Le temps périnéal :

- Incision transversale de la muqueuse anale :

- . au niveau de la ligne pectinée, suivant l'hémicirconférence pos-

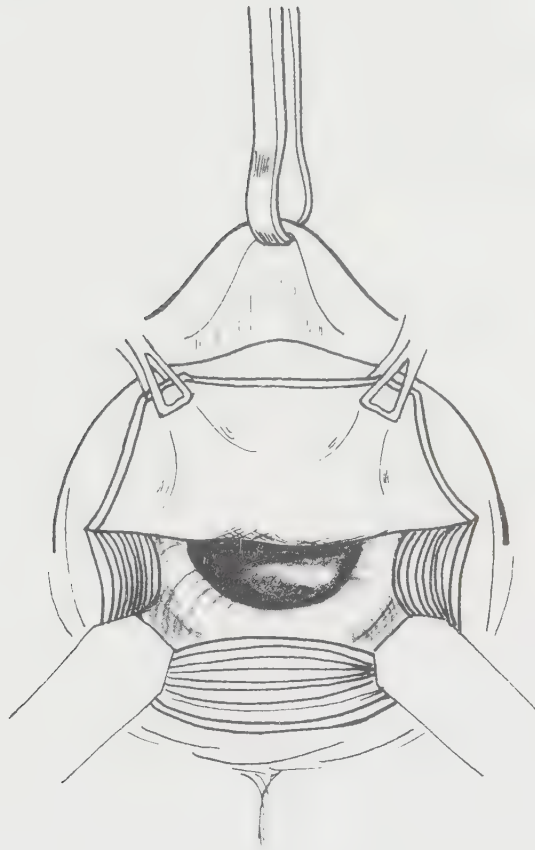
FIGURE 1



OPERATION DE B. DUHAMEL "TYPE"

Le colon est attiré derrière le rectum
et extériorisé.

FIGURE 2



OPERATION DE B. DUHAMEL : TEMPS PERINEAL

Après incision suivant l'hémicirconférence anale postérieure, le sphincter est découvert, la paroi ano-rectale clivée, et l'on pénètre dans l'espace présacré.

térieure seulement (en 1956 dans sa technique initiale, DUHAMEL faisait cette incision sur la ligne ano-cutanée ; mais il n'était pas toujours facile de rejoindre le décollement rétro-rectal, la suture colo-cutanée postérieure cicatrisait moins vite que la suture muco-muqueuse actuelle et exposait parfois au prolapsus de la muqueuse colique. L'incision endo-anale, faite dans la technique de 1959, évite ces inconvénients et a l'avantage de conserver la partie inférieure du sphincter interne, ce qui assure une perfection totale de la continence pour les gaz et les liquides, comme l'a montré GROB en 1959).

- . Puis comme dans l'opération de BABCOCK, on clive la paroi ano-rectale, on récline et protège les sphincters, et pousse la dissection de bas en haut jusqu'au bord supérieur du sphincter interne. A ce niveau on effondre facilement la paroi musculaire du rectum et pénètre dans le décollement rétro-rectal.

- Abaissement du colon :

- . Une longue pince est introduite de bas en haut, cheminant entre la paroi postérieure du canal anal et le sphincter. Elle pénètre dans l'espace présacré, saisit les fils du bout colique, puis revenant en arrière, attire le colon en dehors, tandis qu'un aide abdominal contrôle l'abaissement du colon et de son méso (le méso ne doit être ni tordu, ni trop tendu).

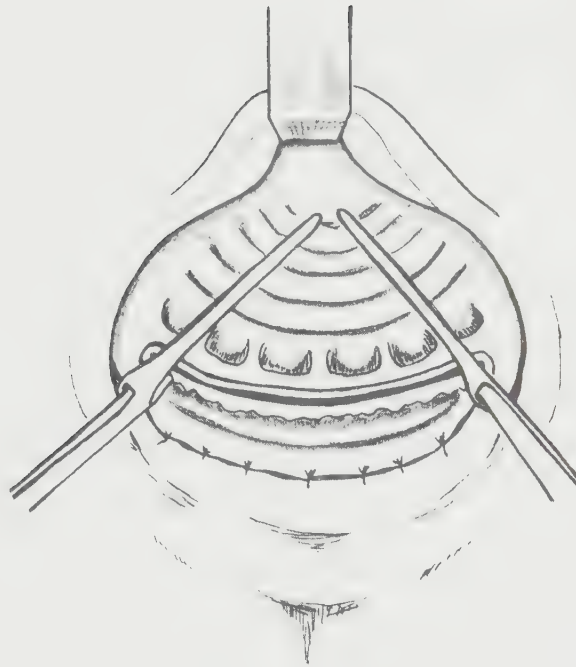
- Suture colo-anale :

- . après avivement de la tranche de section colique, dont la bonne vascularisation a été contrôlée, suture de son hémicirconférence postérieure à la lèvre inférieure de l'incision anale.

- Résection par écrasement :

- . Les deux parois, postérieure du rectum et antérieure du colon,

FIGURE 3



OPERATION DE B. DUHAMEL "TYPE"

Après resection du bout colique dépassant l'anus, l'hémicirconférence postérieure du colon est suturée à la lèvre postérieure de l'incision anale. Les deux parois : colique antérieure et ano-rectale postérieure sont écrasées entre deux pinces de Kocher.

sont alors unies par écrasement entre les branches de deux grandes pinces de Kocher, placées de bas en haut et de dehors en dedans, une branche dans la lumière rectale, une branche dans la lumière colique.

- . en bas les 2 pinces sont écartées autant qu'il est possible et rejoignent les deux extrémités de la suture colo-anale postérieure.
 - . en haut les deux becs doivent être au contact, les pinces dessinant un V ouvert en bas, et d'autre part doivent se trouver à une très courte distance du fond du moignon rectal,
 - . Les pinces , en bonne place, sont serrées à fond.
 - . résection aux ciseaux du triangle colo-rectal compris entre les deux pinces : cette manoeuvre permet en outre, en cas de mégacolon congénital, d'assurer le contrôle histologique de la paroi rectale aganglionnaire et de l'intestin abaissé dont l'innervation autonome doit être normale.
 - . Deux fils peuvent être passés et noués autour des branches de chacune des pinces pour éviter toute chute inopinée. Les pinces peuvent encore être solidarisées entre elles par leurs anneaux au moyen d'un lacs.
- Mise en place d'un tube présacré. Ce drain tubulaire peut être remplacé par 2 tubes de Redon et Jost sortant soit par la fesse soit à la paroi abdominale après un trajet sous- péritonéal.

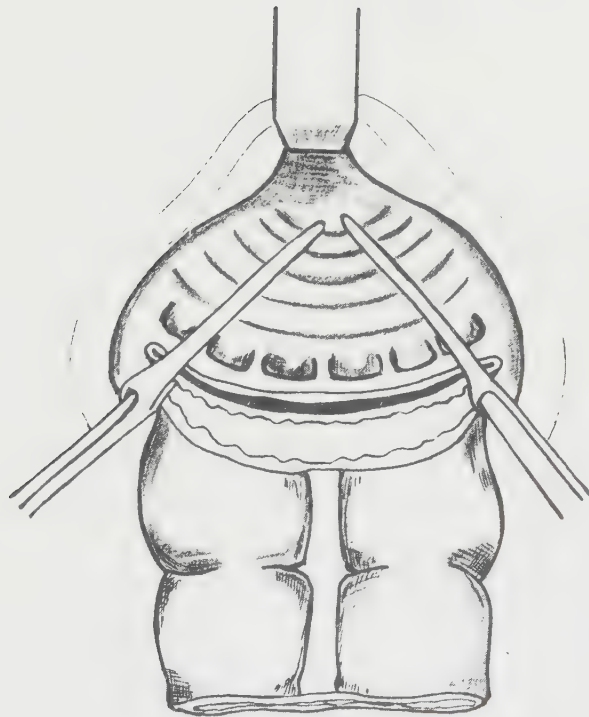
d - On revient à l'abdomen :

pour péritoniser autour du colon abaissé, au-dessus du moignon rectal.

e - Les suites opératoires :

- Ablation du drain vers le 5e, 6e jour.
- Les pinces tombent spontanément entre le 7e et le 9e jour.

FIGURE 4



OPERATION DE B. DUHAMEL : VARIANTE

Abaissement du colon sans suture postérieure.
Les deux parois : colique antérieure et ano-
rectale postérieure sont écrasées, comme
dans le Duhamel "type", entre deux pinces de
Kocher.

2 - LES VARIANTES DE LA TECHNIQUE CLASSIQUE :

a - Dans les cancers du rectum :

Nous venons de décrire l'opération de DUHAMEL pour lésion bénigne ; dans le cancer du rectum l'exérèse ganglionnaire impose une section vasculaire haute, c'est à dire à l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

Il faut d'autre part passer en dehors de la gaine rectale ; c'est perdre un des avantages de l'opération de DUHAMEL, car dans ces conditons, il n'est pas question de préserver les plexus hypogastriques latéraux.

b - Abaissement du colon sans suture postérieure :

DUHAMEL et les auteurs qui ont été amenés à pratiquer cette technique ne signalent pas de lâchage de la suture postérieure. Nous pensons, pour l'avoir observée, que cette complication peut survenir et qu'on peut la prévenir efficacement en abaissant le colon sans suture.

Comme dans l'opération de Babcock-Bacon, on laisse le colon dépasser de 5 à 6 centimètres la marge de l'anus.

La paroi antérieure de l'intestin (celle qui ne comporte pas de méso) est incisée transversalement, suivant l'hémicirconférence antérieure, au ras de l'anus. Les deux pinces de Kocher peuvent alors être placées comme dans la technique classique.

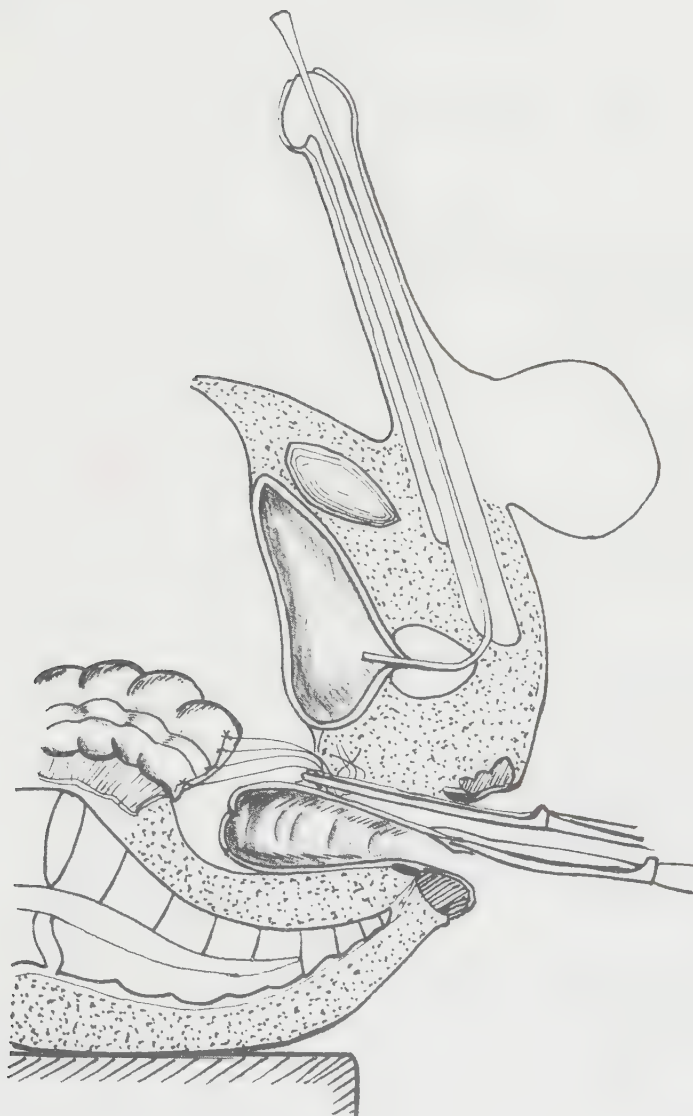
On ne touche pas à la paroi postérieure laissée pendante.

Entre le 8e et le 10e jour, l'incision transversale de la paroi colique est complétée et le boudin réséqué.

c - Abaissement pré-rectal du colon :

GER SUNY, en 1898, préconisait, dans la confection des néo-

FIGURE 5



OPERATION DE B. DUHAMEL "VARIETE ANTERIEURE"

Le colon est attiré devant le rectum et extériorisé.

vessies rectales, l'abaissement du sigmoïde en avant du rectum, il nous a paru que cet abaissement pré-rectal pouvait également s'appliquer à la chirurgie colo-rectale de l'adulte (fistules recto-vaginales ou urétrales ; rétablissement de la continuité après opération de Hartmann).

On ne décolle plus ici l'espace rétro-rectal, mais on ouvre la cloison recto-vaginale ou recto-prostatique.

L'incision périnéale est hémicirconférentielle antérieure;

Les difficultés sont plus grandes que dans le Duhamel classique, elles tiennent non seulement à la lésion en cause mais aussi au fait qu'il est beaucoup moins aisé d'atteindre par le périnée le décollement pré-rectal ; il faut en particulier respecter le bulbe chez l'homme, et passer entre les faisceaux pubiens à insertion rectale des releveurs. L'espace est étroit mais on peut quand même abaisser un colon de calibre normal.

Enfin, une fois le colon abaissé, se pose le problème de la mise en place des pinces de Kocher. Celles-ci doivent unir paroi antérieure du rectum et paroi postérieure du colon. La présence du méso-sigmoïde crée ainsi une difficulté que l'on peut tourner en imposant au colon une rotation de 120 degrés, plaçant le mésocolon en avant.

III - INDICATIONS

Avant d'envisager les indications de l'opération de Duhamel, il nous faut la situer parmi les diverses opérations conservatrices de la fonction sphinctérienne.

a - Etude critique des opérations conservatrices de la fonction sphinctérienne :

De tout temps les chirurgiens se sont efforcés, dans la chirurgie d'exérèse du rectum, de conserver cette fonction.

Dès 1829, LISFRANC et DELPECH envisagent cette conservation.

En 1885 KRASKE est le premier à donner une technique réglée de la résection du rectum par voie sacrée.

Von HOCHENEGG fit en 1887 la première suture termino-terminale colo-anale.

En France, après une période de réticence (Thèse de MORESTIN), VILLAR et TIXIER, puis HARTMANN, CUNEO, BERGERET, SANTY et surtout d'ALLAINES, attachèrent leur nom à cette chirurgie conservatrice.

Aux Etats Unis c'est à BABCOCK et BACON que l'on doit une technique ingénieuse et hardie d'amputation abdomino-trans-anale avec conservation du sphincter.

Jusqu'en 1956, date à laquelle fut conçue l'opération de Duhamel, ces interventions conservatrices se partageaient en deux groupes :

= les réssections, qui, n'enlevant qu'une partie du rectum conservent tout l'appareil sphinctérien. Ces réssections peuvent être faites par des voies d'abord différentes.

- réssection par voie abdominale pure, dite encore réssection antérieure ;
- réssection abdomino-transanale par retournement selon le procédé d'André TOUFET
- réssection avec anastomose trans-anale selon le procédé de SWENSON.

= les amputations avec conservation du sphincter seul

- amputation intra-sphinctérienne de HARTMANN et BERGERET
- amputation abdomino-transanale ou opération de BABCOCK-BACON, la plus couramment employée à l'heure actuelle.

Chacune des solutions proposées est passible de critiques quant aux résultats fonctionnels (continence, qualité de l'anastomose, troubles génito-urinaires) et ce à des degrés divers.

1 - La réssection par voie abdominale pure :

- assure constamment ou presque une continence normale,
- mais ne permet pas d'exécuter avec sécurité une anastomose plus bas que le fond du cul de sac de Douglas. Pratiquée au-dessous de ce niveau, l'anastomose court un risque certain de désunion de la suture avec fistule. La pratique d'une colostomie d'amont n'évite pas toujours cette complication et impose un deuxième temps chirurgical (fermeture de la colostomie).

2 - L'amputation abdomino-transanale (opération de BABCOCK-BACON)

- évite cet inconvénient majeur de la réssection basse : la désunion, car elle réalise un abaissement du colon à travers le sphincter externe de l'anus conservé mais dépouillé de sa muqueuse, et ne comporte donc pas de suture.

- Mais sur le plan de la continence ses résultats ne sont pas constants ;

CHARRIER et LOYGUE ont eu dans leur série :

- . 58 % de bons résultats (continence totale pour les matières solides et liquides) ;
- . 32 % de résultats moyens (nécessité d'une garniture en cas de diarrhée)
- . 10 % de mauvais résultats (incontinence totale)

Rappelons d'autre part que dans ce type d'intervention l'âge joue un rôle fondamental :

- . avant 55 ans : 80 % de bons résultats
- . après 65 ans : seulement 20 %

3 - La résection abdomino-transanale par retournement (Opération d'André TOUPET):

- a été imaginée dans le but d'éviter l'incontinence, inconvénient de l'opération de BABCOCK -BACON, et la fistule inconvénient des résections ;
- mais malgré l'absence de suture elle n'en demeure pas moins une résection avec ses risques de sténose . de l'anastomose et surtout, s'il s'agit d'une lésion bénigne du rectum, elle ne met pas à l'abri des complications génito-urinaires que l'on observe au décours de ces dissections poussées du petit bassin. Ce même reproche s'adresse, à un degré de plus, à l'opération de BABCOCK.

4 - La résection récto-sigmoïdienne avec anastomose trans-anale (Opération de SWENSON):

- conçue par SWENSON pour le traitement du mégacolon congénital, elle comprend un temps abdominal de libération très poussée et un temps inférieur de résection de l'intestin attiré en dehors à travers le canal anal retourné, et d'anastomose colo-anale.

- outre la difficulté de la libération du rectum au ras de sa paroi, génératrice d'éventuels troubles génito-urinaires, cette opération est une résection suivie de suture donc susceptible de se désunir ou de se sténoser.

La nécessité d'améliorer encore le pourcentage des bons résultats fonctionnels, a amené Bernard DUHAMEL à concevoir un nouveau type d'intervention : l'abaissement rétro-rectal et transanal du colon. Ce procédé :

- conserve intact les deux sphincters de l'anus et la moitié antérieure de l'ampoule rectale et du canal anal, donc donne tous les éléments nécessaires à une bonne continence,
- ne réalise pas de suture colo-rectale ou colo-anale précaire, donc ne risque pas la désunion ;
- ne dissèque pas le rectum latéralement et en avant et évite ainsi les troubles génito-urinaires.

C'est donc une intervention qui, sur le plan fonctionnel est susceptible de donner de bons résultats. Rappelons cependant que, dans la chirurgie colo-rectale de l'adulte, le choix d'une intervention respectant la fonction sphinctérienne est soumis nécessairement à d'autres critères que l'unique critère fonctionnel. L'opération de DUHAMEL ne saurait les satisfaire tous, ce qui pose le problème de ses indications.

b - La maladie de Hirschprung chez l'adulte :

Le mégacolon de l'adulte est peu fréquent; en effet rares sont les observations de maladie de Hirschprung de l'adulte publiées au cours de ces trente dernières années. Celles de GRIMSON, BENICH et ROMANI (1924), de VAN DER GRIFT et BRATZ datent d'avant l'ère de la biopsie rectale. ROSIN en 1950 semble avoir été le premier à constater les critères histologiques de cette affection chez un adulte de 54 ans. Claude HOUDART

en a rapporté récemment 5 cas ; nous avons eu, quant à nous, à en traiter 4.

Cette forme de l'adulte s'apparente, d'autre part, trait pour trait à celle de l'enfant ; au 61e congrès Français de Chirurgie, consacré au mégacolon congénital, LAURENCE concluait en disant :

"Le mégacolon de l'adulte, dans sa forme dystonique, réellement congénital (s'il est) exceptionnel, ne diffère alors en rien de celui de l'enfant sa seule particularité étant la tolérance anormalement longue".

S'il est vrai que la forme de l'adulte ne diffère en rien de celle de l'enfant, on peut cependant s'étonner, lorsque l'on sait la gravité de la maladie de Hirschprung, mortelle parfois dès les premiers mois de la vie et presque toujours avant la fin de l'adolescence, en l'absence d'une thérapeutique chirurgicale, que certains sujets atteignent l'âge adulte.

L'explication se trouve dans les soins assurés pour lutter contre la stase stercorale (la malade de notre 2e observation en est un exemple typique) et peut-être dans le fait que la dystonie est, chez ces malades, peu étendue ; le nombre d'observations est trop restreint pour que l'on puisse conclure définitivement dans ce sens.

Il n'est pas sans importance, avant d'entamer le problème thérapeutique de cette affection, d'en rappeler les notions anatomo-pathologiques essentielles.

Décrite en 1901 par K. TITTEL, puis épisodiquement pendant plus de 40 ans sans être d'ailleurs toujours bien comprise, la lésion primaire de la maladie de Hirschprung n'est apparue dans son éclatante vérité que depuis les travaux de ZUELZER et WILSON et de WHITEHOUSE et KERNOHAN publiés en 1948, confirmant l'œuvre remarquable mais purement clinique

et radiologique d'EHRENPREIS. Ce chirurgien suédois pouvait affirmer en 1946 que la perte du pouvoir péristaltique nécessaire à la propulsion des matières, au niveau de la fin de l'intestin, était responsable du mégacolon.

L'expression histologique de la lésion primaire est simple : c'est la disparition des cellules ganglionnaires sur les coupes, l'absence de plexus d'Auerbach. A leur place se voient des amas de fibres nerveuses anormales dont la signification reste d'ailleurs discutée.

Le siège de la maladie est donc bien rectal : l'agénésie ganglionnaire occupe-t-elle tout ou une partie du rectum ? Depuis les travaux de BODIAN, on sait que 9 fois sur 10, la zone aganglionnaire débute à l'anus, occupe tout le rectum, mais ne le déborde pas ; c'est le type II de KEEFER. Ce fut le cas dans nos 4 observations et dans la plupart de celles qui ont été publiées. Il serait d'ailleurs étonnant d'observer chez l'adulte de "longs segments étroits" se prolongeant bien au delà du rectum, jusqu'à l'angle colique gauche voire au delà, dont les pédiatres nous ont appris qu'ils étaient compatibles qu'avec une très courte survie.

Inversement le type I de KEEFER, dans lequel l'agénésie est limitée au bas rectum, forme la moins étendue de la maladie (1/10 des cas) serait-il plus longtemps toléré et se retrouve-t-il avec prédilection chez l'adulte ? Les observations connues sont trop peu nombreuses pour autoriser à répondre à cette question. Disons seulement que dans notre courte expérience, les lésions étaient du type II de ce même auteur, c'est à dire intéressaient la totalité de l'ampoule rectale.

Nous allons voir maintenant, en envisageant les différentes thérapeutiques chirurgicales proposées, l'importance de l'étendue de cette agénésie dans le choix d'une technique.

Etude critique des thérapeutiques chirurgicales du mégacolon de l'adulte :

Ces interventions sont au nombre de 3 :

- l'opération dite de SWENSON
- la résection par voie abdominale pure dite opération de STATE
- l'opération de DUHAMEL

= l'opération de SWENSON

- c'est la première en date, la première à avoir amené des résultats satisfaisants ; elle a été surtout pratiquée chez l'enfant, rarement chez l'adulte ;
- elle réalise une résection recto-sigmoïdienne abdominale avec conservation du sphincter anal, suivie d'anastomose termino-terminale par suture, réalisée au cours d'une intubation trans-anale momentanée.
- chez l'adulte les mêmes critiques que chez l'enfant peuvent lui être adressées :
 - . il s'agit d'une intervention longue et délicate car elle doit s'efforcer de respecter la vascularisation et l'innervation des viscères pelviens et donc passer au ras de la paroi rectale ; or chez l'adulte cette dissection est difficile et hémorragique car, à l'inverse de l'enfant, la graisse périrectale est le siège d'une sclérolipomatose et de troubles inflammatoires. De ce fait l'opération de SWENSON chez l'adulte n'est pas à l'abri des troubles urinaires et des troubles génitaux (HALLEBACK et VAUGH en signalent un cas chez un homme de 27 ans) (CUTAIT, sur 126 résections abdomino-périnéales, chez des sujets du sexe mâle de 11 à 80 ans, relève 6 impuissances).
 - . il s'agit d'autre part d'une suture au fond du pelvis, avec ses risques : de lâchage avec fistule de sténose, nécessitant des dilatations, voire une reprise de la résection.

- . enfin la sensation de plénitude rectale, la faculté de la muqueuse rectale de distinguer les gaz des matières n'existent pratiquement plus puisque la résection a emporté toute l'ampoule et une partie du canal.

= la résection abdominale pure suivie de suture colo-rectale :

- est apparue à certains auteurs tels que STATE et REHEIN, comme le meilleur moyen d'éviter les inconvénients du Swenson. STATE en a rapporté 18 cas avec 18 bons résultats fonctionnels vieux de plus de 10 ans ; 12 de ces 18 malades ont eu un lavement baryté à distance de l'intervention ; les 12, malgré un fonctionnement colique normal, ont encore à 10 ans d'intervalle un colon dilaté. Les 67 cas de REHEIN ne concernent eux aussi que des enfants ou des adolescents ; cet auteur a 6 morts post-opératoires ; 57 malades ont été revus et ont subi leur intervention plus de 2 ans auparavant ; 37 résultats sont excellents mais 9 malades ont besoin de lavements évacuateurs réguliers et 11 d'un lavement de temps en temps.

Cet auteur insiste sur l'amélioration secondaire qu'il a obtenu dans ces cas au moyen de dilatations anales et au besoin par la sphinctérotomie ; selon lui les selles stagnent dans l'ampoule au-dessus de l'anus et non au-dessus de l'anastomose , une seule dilatation énergique permettrait en règle, de surmonter cette achalasie sphinctérienne, sinon il faudrait recourir à la sphinctérotomie.

- Reprenant l'idée de STATE et l'appliquant à l'adulte, Claude HOUDART a rapporté récemment 5 cas de résections abdominales pures avec 5 bons résultats dont 3 de plus de 5 ans.
- Pour HOUDART le niveau inférieur de la résection est déterminé de façon empirique, en général au-dessous de la zone manifestement rétrécie. En fait les coupes histologiques de la partie distale de la pièce de résec-

tion n'ont montré des cellules ganglionnaires que dans un cas. Cet auteur pense que même si la zone aganglionnaire persiste, elle est très courte et se laisse forcer par le bol fécal.

- La critique majeure que l'on peut adresser à la résection abdominale pure est que, chez l'adulte, le colon est souvent énorme, sa paroi est cartonnée, infectée et se prête mal à une suture, en particulier une suture basse ; dans nos 4 observations seule la 2e (Mme GAR...) aurait pu bénéficier d'une résection, les 3 autres comportaient un colon énorme que l'on ne pouvait anastomoser, sans risque, à un rectum, de calibre normal.
- La deuxième critique que l'on peut lui adresser est plus théorique : cette résection risque d'être incomplète ; si l'on s'en réfère aux travaux de BODIAN, dans 9/10 des cas les lésions d'aganglionnose siègent sur tout le rectum ; ce type II de Keefer semble être le plus fréquent chez l'adulte. De ce fait, même si la résection abdominale est poussée vers le bas, l'anastomose risque de se faire sur un rectum aganglionnaire dans sa totalité et la récurrence du mégacolon est possible. On ne peut tenir compte pour infirmer cette critique des cas de STATE et de REHBEIN qui ne concernent que des enfants ; on pourrait d'autre part opposer à HOUDART que n'ayant pas fait de biopsie rectale pré-opératoire il ne peut conclure à la faible étendue des lésions que dans une seule observation.

Tout ceci est très théorique car les observations de résection abdominale pure avec résultats éloignés sont rares.

Le reproche essentiel que l'on peut adresser à cette technique est donc essentiellement la difficulté de sa réalisation pratique dans certains cas.

= l'opération de DUHAMEL

Ces pour ces raisons (difficulté de la dissection et complications dans le Swenson ; difficulté de l'anastomose dans la résection pure) que l'opération de Duhamel nous paraît préférable et suffisante.

En effet :

- elle évite la délicate dissection dans le pelvis, au ras de la face antérieure et des faces latérales du rectum ; elle ne peut donc entraîner de lésions des nerfs et des vaisseaux pelviens ;
- elle remplace l'anastomose qui peut se désunir par une entérotomie progressive de grande étendue ;
- enfin elle abaisse un colon fonctionnel jusqu'à la marge de l'anus, tout en préservant intégralement l'appareil neuro-musculaire sphinctérien et en conservant une importante surface de la zone réflexogène ano-rectale. Elle permet donc une conservation de la sensation de plénitude rectale, et le sens discriminatoire entre gaz et selles.

En conclusion , c'est une opération qui nous paraît préférable pour sa sécurité et la facilité de sa réalisation et suffisante car elle exclut tout segment aganglionnaire du transit intestinal en amenant un colon sain à la peau .

Notons enfin qu'elle pourrait être appliquée aux échecs de l'opération de Swenson et de la résection abdominale pure.

c - Les tumeurs du rectum :

1 - Les cancers du rectum

L'application de l'opération de Duhamel à l'adulte s'est vite accompagnée d'un engouement pour cette intervention dans la chirurgie du cancer du rectum : on y voyait un moyen élégant et simple de traiter les cancers à cheval entre la résection (tumeur trop basse pour autoriser une anastomose en toute sécurité) et l'amputation abdomino-périnéale (tumeur trop haute pour imposer au malade un anus iliaque définitif), plus constant dans ses résultats fonctionnels que l'opération de Babcock-Bacon.

Avant d'envisager le problème de l'indication du procédé de DUHAMEL dans les tumeurs malignes du rectum, il n'est pas sans importance de reprendre quelques notions anatomiques et cancérologiques.

Rappelons tout d'abord que le rectum commence devant la III^e vertèbre sacrée, là où casse le mésocolon, et qu'il se termine à l'orifice anal, à la jonction de la muqueuse avec la peau du périnée, ces deux points étant distants de 12 à 13 centimètres en moyenne.

D'autre part, il est maintenant admis par la majorité des auteurs que, pour être, carcinologiquement parlant, logique dans la résection intestinale pour cancer, la section haute doit passer à 15 cm au-dessus du bord supérieur de la tumeur, la section basse au moins à 7 cm au-dessous du bord inférieur de cette même tumeur, ces mesures étant prises sur une paroi rectale non libérée. De plus pour être radicale, l'exérèse du tissu cellulo-ganglionnaire péri-rectal doit déborder largement la lésion, aussi bien en hauteur qu'en largeur.

Enfin, revenons sur quelques détails de l'opération de Duhamel : l'auteur précise bien dans sa technique que "l'absence de toute dissection dans le petit bassin conditionne la bⁿé gⁿité tant vital que fonctionnelle de l'opération ; c'est dire que celle-ci ne s'adresse qu'aux affections qui respectent les 7 ou 8 derniers centimètres de l'intestin, ou qui n'occasionnent à ce niveau que des troubles d'ordre fonctionnel ou mécanique".

7 centimètres de sécurité pour le cancer + 7 à 8 cms pour le moi-
gnon rectal , soit 14 à 15 cm, le bord inférieur de la tumeur doit donc se trouver au minimum à 14, 15 cm de la marge anale. C'est dire qu' elle se trouve sur la fin du sigmoïde ou à la limite, sur le recto-sigmoïde.

En conclusion, nous ne pouvons pas penser que l'opération de Duhamel, comme DUHAMEL l'a décrite, a pu être appliquée à des cancers du rectum. En fait les publications d'abaissement rétro-rectal et trans-anal du

colon pour tumeur maligne, concernant :

- des cancers du bas sigmoïde, ce qui est totalement différent (sur les 9 cas de cancers du rectum traités par opération de Duhamel et publiés par REDON, l'observation n° 5 concerne un "cancer siégeant un peu au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne");
- des cancers recto-sigmoïdiens particulièrement favorables (de petites dimensions, chez une femme au bassin large) et qui auraient pu bénéficier d'une résection suivie de suture colo-rectale ;
- des cancers recto-sigmoïdiens et de la partie haute de l'ampoule où l'exérèse au-dessous de la tumeur est trop économique ou se fait aux dépens du moignon rectal (observation n° 9 de la statistique de REDON dans laquelle la tumeur se situait à 9 cm de la marge et où la section inférieure a été faite à 4 travers de doigt au-dessous de la tumeur, laissant un petit moignon rectal .)
- des cancers du rectum justifiant une amputation abdomino-périnéale, refusée par le malade (observations n° 2 et 8 de la statistique de REDON) ou une amputation abdomino-transanale type Babcock écartée par l'auteur en raison de l'inconstance de ses résultats fonctionnels (observation n° 1 de REDON),
- enfin des cancers avec métastases hépatiques ou péritonéales, où l'opération de Duhamel apporte une solution palliative confortable (observation n° 4 de REDON).

D'autre part, la limite inférieure imposée par la longueur du moignon rectal (7 à 8 cm) se situe au-dessus du fond du cul de sac de Douglas à un endroit où l'anastomose colo-rectale est pratiquement toujours possible (qu'elle soit termino-terminale ou termino-latérale), les complications (lâchages de suture) survenant avec prédilection lorsque l'anastomose est sous-péritonéale, c'est à dire à moins de 7 cm de la marge, dans une zone où le Duhamel n'est pas indiqué.

Ainsi l'abaissement rétro-rectal et trans-anal du colon a très peu d'indications en matière de cancer du rectum ; il offre cependant aux malades porteurs de métastases une solution palliative confortable et simple, à condition de ne pas passer pour autant au ras de la tumeur.

Pour avoir voulu pousser trop loin dans ce domaine les indications du Duhamel, nous avons eu à déplorer une sténose de l'anastomose colo-rectale par résection trop étendue du moignon rectal (observation n° 5 M. BAC...) deux lachages de la suture du moignon pour les mêmes raisons (observations n° 5 et 8) et deux contusions vésicales avec troubles mictionnels (mêmes observations). Notons enfin que nous avons eu une récurrence locale du cancer (observation n° 6).

2 - Les tumeurs bénignes du rectum

- Les tumeurs villeuses

Si l'ablation par voie endo-rectale suffit à la plupart des tumeurs villeuses du bas rectum (à moins que le volume de la tumeur, ou son caractère récidivant, ou enfin sa dégénérescence n'impose une amputation), pour les tumeurs haut situées sus-Douglassiennes, inaccessibles par voie basse, la résection rectale est seule de mise. Mais ici, à la différence de la chirurgie cancéreuse du rectum, la limite inférieure de la résection ne doit pas passer à 7 cm au-dessous de la limite inférieure de la tumeur, la section distale peut se faire immédiatement au-dessous .

Si les conditions se prêtent à une suture colo-rectale dans de bonnes conditions (bassin large, tumeur de faible étendue) on est en droit de tenter cette suture.

Mais si cette même suture doit se faire dans des conditions précaires (du fait de l'étroitesse du bassin ou du volume de la tumeur), le carac-

tère bénin de cette lésion ne doit pas être perdu de vue, et de ce fait on doit préférer à une suture sur laquelle plane le risque d'un lâchage (risque hors de proportion), une opération moins périlleuse telle que l'opération de Duhamel. Cette opération trouve là même une de ses indications idéales : rectum sain, long moignon rectal, aucune distension du côlon abaissé, la résection se faisant, à l'inverse du cancer dans la gaine rectale.

Dans notre 11^e observation la résection de la tumeur n'était pas possible par voie basse, nous avons posé l'indication de l'opération de Duhamel sur les données de la clinique et de l'examen endoscopique, en ayant en tête toutes les réserves à faire quant au diagnostic macroscopique de bénignité des tumeurs villoses ; nos soupçons de principe se sont trouvés confirmés par l'examen histologique de la pièce de résection qui a révélé l'existence d'une dégénérescence de la partie supérieure de la tumeur villosa, indécélable par l'endoscopie.

Malgré cela le résultat à distance (plus d'un an) est excellent.

- Les autres tumeurs bénignes du haut rectum :

Plus rares que les tumeurs villoses, elles relèvent elles aussi de l'opération de Duhamel lorsque la suture colorectale ne peut se faire dans de bonnes conditions.

Les endométrioses rectales bénéficient de ces indications et nous avons à ce sujet une très belle observation (n° 12 , Mlle SPE...) concernant un déciduome recto-sigmoïdien, secondaire à une endométriose avec un bon résultat fonctionnel. Cette jeune femme de 33 ans, opérée à l'hôpital de Gonesse pour une occlusion basse, présentait une endométriose recto-sigmoïdienne pour laquelle le traitement radical avait été remis à plus tard, le chirurgien n'ayant, dans un premier temps opératoire, fait que ponctionner le sigmoïde dilaté, et pratiquer une hystérectomie totale avec ablation des

annexes associée à une caecostomie. Ce traitement aurait peut-être pu suffire à stabiliser ou guérir l'endométriose, si le médecin traitant n'avait fait prendre régulièrement à la malade un inhibiteur de l'ovulation (croyant mettre au repos ses ovaires) et créant ainsi un déciduome recto-sigmoïdien.

Cette malade a subi une opération de Duhamel, la résection suivie d'anastomose colo-rectale étant impossible ou du moins difficilement réalisable sans risque ; les suites opératoires ont été des plus simples et le résultat fonctionnel bon, la malade ne se plaignant que d'une discrète constipation en relation vraisemblable avec une entérotomie trop économique.

d - Le rétablissement de la continuité après opération de Hartmann :

- réalisant une colectomie basse avec fermeture du bout colique inférieur et mise à la peau du bout supérieur en colostomie terminale, l'opération de Hartmann est une intervention à l'heure actuelle un peu tombée en désuétude, mais néanmoins de temps en temps pratiquée lorsque des raisons d'opportunité s'opposent à l'anastomose immédiate (lésions sigmoïdiennes basses ou recto-sigmoïdiennes accompagnée de conditions locales ou générales rendant l'anastomose précaire).
- Lorsque les malades survivent ou lorsqu'il s'agit d'une lésion bénigne, se pose 6 mois à 1 an après, le problème du rétablissement de la continuité. Il est exceptionnel que l'on puisse rétablir la continuité par simple abaissement de l'anus au moignon rectal ; la plupart du temps il manque de l'étoffe ; on y pourvoyait autrefois par une iléo-colo-rectoplastie, mais maintenant que l'on sait mobiliser le colon transverse, voire le colon droit, cette plastie intestinale n'est plus nécessaire et l'on n'est pratiquement jamais à court d'étoffe colique.
- La seule difficulté réside dans l'anastomose colo-rectale : 2 éventualités sont possibles ; soit toute l'ampoule a été gardée et c'est une anastomose

colo-rectale qu'il faut faire ; soit le moignon rectal est court et là toutes les difficultés se trouvent réunies. Il faut d'abord découvrir et libérer ce moignon rectal : la sclérose pelvienne, les adhérences, la péritonisation qui a très souvent ramené la vessie près du promontoire et les uretères près de la ligne médiane, peuvent rendre ce temps opératoire délicat.

D'autre part la réalisation de l'anastomose peut s'avérer difficile en raison de la profondeur de la région, de son étroitesse, notamment chez l'homme, de la fixité du moignon rectal et de la sclérose de ses parois.

L'opération de Duhamel tire ses indications de ces difficultés, d'autant que son premier temps (fermeture du moignon rectal) est déjà fait.

Si le décollement postérieur est facile, il suffit de décrocher la colostomie, d'abaisser une étoffe suffisante (l'importance de cette étoffe est capital et conditionne le succès de cette intervention ; il faut beaucoup d'étoffe et ne pas hésiter, pour cela, à sectionner l'artère de l'angle gauche pour ne garder que l'arcade de Riolan) et enfin d'abaisser le colon en rétro-rectal selon le schéma classique de Duhamel.

Si ce décollement est difficile, le danger de blesser les uretères est grand, ainsi que celui de rentrer dans le rectum ; pour éviter ces inconvénients une solution élégante peut être proposée : l'opération de DUHAMEL dans sa variété antérieure ; le colon est abaissé en prérectal, après un décollement de l'espace recto-vaginal ou recto-prostatique.

- Notre 13e observation illustre bien toutes les difficultés que l'on rencontre dans ce genre de rétablissement : Mme IMB... est adressée au Dr MOREAUX le 23.1.65 pour une occlusion intestinale

basse évoluant depuis 36 heures ; cette malade opérée le jour même, était porteuse d'une perforation diastatique du colon transverse, secondaire à un cancer recto-sigmoïdien (le reste du colon étant le siège d'une colite ulcéro-nécrosante par troubles vasculaires) son état général et local imposant un acte chirurgical aussi peu traumatisant que possible, il lui est simplement fait une extériorisation de la zone perforée, une colostomie droite et une toilette péritonéale.

Dans les suites opératoires, un écoulement massif de liquide nauséabond et de pus par la colostomie et par l'anus, traduisant une rétention purulente entre la colostomie et la tumeur, impose une colostomie sigmoïdienne (12/3).

Le 22.4.65 l'état général de la malade est relativement bon et il est pratiqué une opération de Hartmann, enlevant tout le transverse, le descendant, et le sigmoïde, transformant la colostomie droite en une colostomie terminale.

Le 29.6.66, devant la nette amélioration de l'état de la malade l'absence de récurrence, il est décidé un rétablissement de la continuité par une opération de Duhamel dans sa variété postérieure. Lors de la dissection du moignon rectal, dissection qui s'avère extrêmement difficile, une brèche rectale est faite et suturée ; et l'on découvre au cours de la dissection au bord de la brèche péritonéale, une plaie de l'uretère droit qui est suturée sur sonde. Le temps périnéal (Dr. DUBOIS) est réalisé selon notre variante (boudin laissé long).

Les suites opératoires ont été simples et la malade est sortie avec une bonne continence le 24.7.66.

Cette observation illustre bien les difficultés que l'on peut rencontrer au cours d'un rétablissement de la continuité après opération de Hartmann, et nous confirme dans notre opinion de la nécessité d'un "Duhamel antérieur" dans ces cas difficiles.

e - Les fistules recto-vaginales et recto-urétrales traumatiques :

Dans cette chirurgie très souvent itérative, l'abaissement pré-rectal et trans-anal du colon ("Duhamel antérieur") apporte une solution séduisante et sûre, aux indications bien précises.

1 - Les fistules recto-vaginales traumatiques :

Rappelons tout d'abord que l'on range sous ce titre étiologique :

- les fistules accidentelles, observées à la suite de plaies ou de contusions périnéales, d'empâlement, du séjour d'un corps étranger dans le rectum;
- les fistules chirurgicales, consécutives à une blessure du rectum au cours d'une opération sur le vagin, d'une hystérectomie totale abdominale ou vaginale.
- les fistules obstétricales, qui résultent de ~~vastes~~ déchirures du périnée, souvent suturées sans succès par l'accoucheur.
- des fistules que l'on pourrait appeler médicales, résultant de fautes techniques capables d'entraîner des escharres profondes : brûlures par lavement trop chaud, injections sclérosantes d'hémorroïdes (mal dosées ou mal dirigées) port prolongé d'un pessaire.

Rappelons encore que ces fistules ont un siège très variable, depuis le dôme vaginal jusqu'à la vulve, des dimensions allant de 1 mm à plusieurs centimètres, mais qu'elles présentent ces caractères communs d'être relativement simples, c'est à dire sans grand trajet intermédiaire, d'être entourées de tissu cicatriciel sur une plus ou moins grande largeur, mais au delà, de tissus sains, ou peu modifiés, sur lesquels les points de suture peuvent trouver des points d'appui efficaces.

Le traitement chirurgical des fistules basses (obstétricales, et la plupart des fistules médicales et accidentelles) est à l'heure actuelle bien

codifié qu'il s'agisse de la technique classique (voie d'abord vagino-périnéale, excision large de l'orifice vaginal et suture du vagin, suture de la brèche rectale, et enfin interposition des releveurs entre les deux sutures) ou de la technique en deux temps récemment publiée par MUSSET (dans un premier temps section sur la ligne médiane de tous les tissus sous-jacents au rebord sup. de la fistule) (et dans un deuxième temps, éloigné de 2 mois, cure de ce qui s'apparente à une déchirure obstétricale ancienne du périnée du 3^e degré avec incontinence sphinctérienne anale).

Il en va tout autrement pour les fistules hautes (1/3 supérieur du vagin), en règle généralement chirurgicales, directes et de faibles dimensions.

Leur traitement est délicat, qu'on les aborde par voie trans-vaginale ou trans-péritonéale, et les échecs fréquents. Il n'est pas rare de voir des malades chez qui plusieurs cures directes ont échoué ou encore des malades porteuses d'une fistule entourée d'un bloc scléreux dense et étendu rendant très aléatoire la technique habituelle.

Cette technique habituelle ou abord direct comporte une voie d'abord vagino-périnéale, un décollement recto-vaginal poussé au-delà de la fistule et, comme pour les formes basses, une suture séparée du vagin et du rectum avec interposition des releveurs.

Lorsque cette technique a plusieurs fois échoué ou n'est pas réalisable en raison des conditions locales (sclérose très étendue), il faut recourir :

- soit à l'amputation abdomino-transanale du rectum (opération de Babcock-Bacon),
- soit à l'abaissement prérectal et transanal du colon (opération de Duhamel dans sa variété antérieure).

L'opération de Babcock-Bacon est certes radicale car elle enlève l'orifice rectal et abaisse derrière l'orifice vaginal un colon intact . Mais

l'inconstance de ses résultats fonctionnels (troubles de la continence anale) devraient lui faire préférer l'opération de Duhamel dans sa variété antérieure. Celle-ci en interposant le colon entre le rectum et le vagin, assure un résultat anatomique sensiblement équivalent et assure en outre un résultat fonctionnel vis à vis du sphincter anal bien meilleur.

Notre 14 e observation (Melle SCH...) illustre bien ce genre d'indication cette malade présentait une fistule recto-vaginale haute (sur le dôme) consécutive à une hystérectomie totale faite à l'âge de 15 ans, et pour laquelle deux cures directes avaient échoué .

Une opération de Duhamel dans sa variété antérieure, pratiquée le 13.5.65 a donné un excellent résultat : pas de récurrence de la fistule et bonne continence anale ; nous avons revue récemment cette malade et pu constater la stabilité de la guérison.

2 - Les fistules recto-urétrales :

Dans les fistules recto-urétrales, que nous n'avons pas rencontrées, ce procédé est également applicable :

- l'orifice uretral est négligé,
- le moignon rectal fermé,

et le colon interposé selon le même processus, en décollant la cloison recto-prostatique.

f - Les rétrécissements et fistules après curiethérapie pour cancer du col.

Les rétrécissements et fistules dits curiethérapiques sont de traitement particulièrement difficile ; généralement imputables à une faute technique, ces complications succèdent, de façon souvent tardive, après plusieurs mois, ou même plusieurs années, à l'application de radium pour les cancers du col utérin.

La statistique, publiée par DARGENT en 1963 et concernant les résultats des cures chirurgicales de telles complications, donne une idée de la difficulté de ce traitement et du nombre important de ses échecs :

- sur 18 fistules recto-vaginales opérées :

- . 14 abaissements du rectum par voie périnéale ont été suivis de 3 bons résultats, 11 échecs dont 7 récidives de la fistule recto-vaginale et 2 fistules urinaires ;
- . 3 résections recto-sigmoïdiennes ont donné 3 lâchages de suture associées à 3 fistules urinaires ;
- . 1 résection recto-sigmoïdienne complétant une intervention à visée gynécologique a été suivie d'une fistule urinaire,

- sur les 10 rétrécissements purs ou fistuleux opérés :

- . 4 résections recto-sigmoïdiennes ont abouti à 1 bon résultat et 3 lâchages de suture ;
- . 6 résections recto-sigmoïdiennes complétant le temps gynécologique ont été suivies de 2 bons résultats et 4 échecs dont un lâchage de suture.

On est frappé à la lecture d'une telle statistique par la fréquence des lâchages de suture (7 cas) et des fistules urinaires (6 cas), ainsi que le pourcentage global des échecs (22 échecs sur 28 cas).

Les lâchages de suture sont imputables à la mauvaise qualité des tissus suturés, à leur "état dystrophique" ; même si l'on abaisse au rectum un colon sain, la suture portera, dans sa moitié inférieure sur un moignon rectal dystrophique et a de fortes chances de se désunir.

Les fistules urinaires sont, quant à elles, habituelles dans la chirurgie du bassin irradié lorsque l'on s'approche de l'arbre urinaire.

Quels sont les avantages théoriques de l'opération de Duhamel dans ces complications de la curiethérapie ?

- dans les rétrécissements, l'abaissement rétro-rectal et trans-anal :
 - . ne comporte pas de suture, donc n'est pas soumis au risque de désunion;
 - . tout le décollement se passe derrière le rectum donc loin de l'arbre urinaire ; les fistules urinaires sont moins à craindre;
- dans les fistules recto-vaginales :
 - . l'abaissement pré-rectal interpose un colon sain entre rectum et vagin,
 - . il n'y a pas, comme dans le rétrécissement, de suture.
 - . enfin sur le plan de la continence anale les résultats sont meilleurs que dans le Babcock.

Tous ces arguments sont en fait théoriques, car l'entérotomie progressive (faite par les deux grandes pinces de Kocker) se comporte dans ces tissus dystrophiques comme une suture et est soumise, de ce fait, aux mêmes risques de désunion.

Notre 15e observation (Mme IMB...) illustre ce genre de complications.

Cette malade de 59 ans a subi en 1950 une curiethérapie pour cancer du col ; cette thérapeutique a été suivie de l'apparition d'une rectite, puis bientôt d'un rétrécissement du rectum avec fistule sacro-coccygienne. En 1963 une colostomie iliaque gauche est pratiquée à Besançon, et la malade est hospitalisée à l'hôpital Rothschild en 1964 pour cure de son rétrécissement fistuleux et rétablissement de la continuité colique. Le 24 janvier 1964 il lui est pratiqué une opération de Duhamel type, sous couvert de la colostomie. Dans les suites opératoires une désunion de l'entérotomie est suivie d'une remontée du colon, d'une suppuration périnéale et d'une récurrence de la fistule sacro-coccygienne.

Cet échec nous confirme dans notre opinion que, dans cette chirurgie des complications de la curiethérapie, l'amputation abdomino-trans-anale est préférable malgré l'inconstance de ses résultats quant à la continence anale.

Un autre argument peut être opposé à l'opération de Duhamel : cette technique laisse en place le rectum, et quand on connaît la valeur relative de la biopsie et de la cytologie rectales dans le diagnostic de l'envahissement cancéreux de la gaine rectale, les préférences vont d'autant mieux à l'opération de Babcock, qu'elle enlève le rectum.

g - Les rétrécissements cicatriciels ou post-opératoires du rectum :

Lorsque ces rétrécissements siègent sur la partie haute de l'ampoule rectale ou sur le rectosigmoïde et ne peuvent être traités par la simple résection suivie d'anastomose colo-rectale, car situés trop bas ou trop étendus vers le bas, l'opération de Duhamel apporte une solution facile et sûre, régulièrement suivie d'un excellent résultat fonctionnel.

Ces rétrécissements, lorsqu'ils sont post-opératoires, sont en règle secondaires à une chirurgie d'exérèse du bas sigmoïde ou du recto-sigmoïde (en particulier pour sigmoïdite); lorsqu'ils sont cicatriciels, sanctionnent en général une injection de produits sclérosants pour hémorroïdes internes mal dirigée ou mal dosée, plus rarement sont l'aboutissant d'une amibiase rectale.

Deux de nos observations illustrent ces indications :

- la première (observation n° 16, M. AIG...) concerne un rétrécissement de la partie haute de l'ampoule secondaire à une colectomie pour sigmoïdite faite sous couvert d'une colostomie ; ce malade n'avait plus depuis 6 ans (la première intervention remonte à 1957) de selles par son anus naturel, tout le transit se faisant par la colostomie. Nous lui avons fait le 9.10.63 une opération de Duhamel , sans difficulté majeure, avec un excellent résultat fonctionnel, confirmé récemment.

- la deuxième observation concerne un homme de 35 ans (observation n° 17, M. DIM...) amibien connu et porteur d'un rétrécissement très

vraisemblablement amibien du haut rectum évoluant depuis 11 ans. A ce rétrécissement était associé un prolapsus total du rectum. Grâce à l'opération de Duhamel nous avons traité dans le même temps le prolapsus et le rétrécissement. Bien que l'ampoule rectale ait été gardée, il n'y a pas eu de récurrence du prolapsus ; sur le plan fonctionnel ce malade a rapidement récupéré une continence anale totale et un transit intestinal normal.

- Nous avons une troisième observation, très récente, concernant un homme de 59 ans (M. MA...) : ce malade à l'occasion d'une injection sclérosante pour hémorroïde interne (en 1966) a ressenti une violente douleur dans le petit bassin et développé progressivement une sténose cicatricielle du rectum, à 7 cm de la marge ; nous lui avons fait une opération de Duhamel avec un bon résultat initial mais l'observation est encore trop récente (28.III.67) pour être incluse dans ce travail.

h - Les polypes coliques diffuses :

L'extension au grêle de l'abaissement rétro-rectal et transanal, déjà expérimenté avec succès chez l'enfant (GROS et GENTON ; DUHAMEL et PAGES, 1962) a été proposée par REDON (1962) pour le traitement des polypes coliques généralisées lorsque les polypes rectaux sont peu nombreux et non dégénérés ; REDON, reprochant à la colectomie totale avec ablation subtotale du rectum et anastomose iléo-rectale ou intubation iléo-rectale sur tube (comme l'a proposé RUSSEL BEST) la fréquence des fistules (50 % de fistules périnéales dans l'intubation iléo-rectale), propose l'iléostomie retro-rectale et transanale selon le procédé de Duhamel.

Sur 14 anastomoses iléo-rectales que nous avons pratiquées pour polypose colique diffuse, nous n'avons pas eu à déplorer la moindre désunion de l'anastomose ; ceci nous amène à penser que ce mode de rétablissement de la continuité iléo-rectale après colectomie totale, doit être préféré à l'iléostomie

transanale et rétro-rectale car de réalisation plus simple et surtout plus régulière dans ses résultats quant à la continence anale.

i - Les néo-vessies rectales :

Notons enfin que l'opération de Duhamel a pu être utilisée comme procédé de réalisation de néo-vessies rectales dans la cure de vastes fistules vésico-vaginales africaines et dans les différentes affections nécessitant une cystectomie totale , mais celà n'est pas de notre propos limité à la chirurgie colo-rectale de l'adulte.

IV - COMPLICATIONS - RESULTATS FONCTIONNELS

Nous avons réuni en 4 ans 17 observations d'opérations de Duhamel, dont 14 avec un recul de plus de un an.

a - Ces 17 observations se répartissent de la façon suivante :

- 4 mégacolons congénitaux de l'adulte,
- 6 cancers du rectum (1 cancer recto-sigmoïdien et 5 cancers de la partie haute de l'ampoule);
- 2 tumeurs bénignes du rectum (un déciduome recto-sigmoïdien ; une tumeur vilieuse)
- 1 rétablissement de la continuité après opération de Hartmann ;
- 1 fistule recto-vaginale traumatique (après hystérectomie totale);
- 1 rétrécissement fistuleux après curiethérapie pour cancer du col utérin
- 2 rétrécissements du rectum (l'un séquelle de colectomie gauche, l'autre post-amibien).

b - Complications observées :

1 - immédiates :

- certains de nos malades ont accusé une douleur pelvienne post-opératoire intense et immédiate, mais rapidement régressive, due au décollement présacré.

- les pinces d'entérotomie progressive imposent une position allongée ou demi-assise inconfortable et génératrice de complications de décubitus ; pour pallier ces inconvénients nous utilisons, depuis peu, une pince d'entérotomie dérivée de l'écraseur de LAZARICK et autorisant la position assise.
- désunion de la suture colo-anale par montée du colon : nous avons eu à déplorer cette complication dans deux de nos observations ;
 - . dans la première (observation n° 6, Mme FEM...) il s'agit d'un cancer de la partie haute de l'ampoule rectale, pour lequel un Duhamel type a été pratiqué (suture de la lèvre postérieure à la marge anale) ; 4 jours après l'intervention, alors que la malade a repris son transit, la remontée brutale du colon, suivie d'un lâchage de la suture postérieure, aboutit à une suppuration pelvienne et une fistule imposant une colostomie d'amont.
 - . dans la deuxième (observation n° 15 Mme IMB...) c'est un rétrécissement fistuleux (fistule sacro-coccygienne), secondaire à une curiethérapie pour cancer du col qui a fait poser l'indication d'une opération de Duhamel ; là aussi un Duhamel type a été pratiqué. Très rapidement, une remontée du colon aboutit ici non seulement au lâchage de la suture postérieure mais aussi à celui de l'entérotomie progressive par les deux pinces de Kocher ; c'est l'échec et la récurrence de la fistule sacro-coccygienne.

Ces deux complications nous ont amené à modifier la technique classique de l'opération de Duhamel ; nous laissons pendre le bout colique, comme dans l'opération de Babcock-Bacon , évitant ainsi la suture ; le bout colique est réséqué au 8e, 10e jour. Sur les 12 opérations de Duhamel, ainsi modifiées, nous n'avons pas eu à déplorer la moindre complication de ce genre, ni remarqué le moindre retentissement fonctionnel de cette modification sur les résultats.

- désunion de la suture du moignon rectal :

Dans trois de nos observations (n° 3 M. LAD...; n° 5 M. BAC...; n° 7 M. KOY...) un lachage de la suture du moignon rectal est venu troubler les suites opératoires immédiates, se traduisant par un écoulement purulent lors du toucher rectal systématique fait après la chute des pinces. Dans les 3 cas cet écoulement s'est tari spontanément en quelques jours ; il semble que l'explication de cet incident se trouve dans le fait que dans les 3 cas le moignon était très court, trop court même, rendant la suture de la tranche précaire.

2 - Complications tardives :

- On a reproché (GROB, 1959) à l'opération de Duhamel telle qu'elle avait été décrite en 1956, d'être parfois suivie de rétrécissement anal; depuis la modification que lui a apportée GROB en 1959 (l'incision hémicirconférentielle postérieure n'est plus ano-cutanée mais ano-rectale, au niveau de la ligne pectinée) nous n'avons retrouvé aucune complication de ce genre dans les publications consacrées à cette intervention; dans nos 17 observations, nous n'avons fait que 5 sutures postérieures, toutes endo-anales, sans la moindre rétrécissement.
- Dans deux de nos observations (n° 5 M. BAC... et n° 13 Melle SPEC...) une constipation modérée mais persistante a obligé ces malades à prendre régulièrement de l'huile. Au toucher rectal, chez ces deux malades, il existait une entérotomie trop économique, la communication colo-rectale, trop étroite, gênant le transit ; ces cas relèvent d'une entérotomie itérative plus importante, remontant jusqu'au fond du moignon près de la suture de la tranche de section.
- On peut enfin observer, dans les suites éloignées d'opération de Duhamel, la formation de fécalomes dans le moignon rectal ; nous n'en avons pas remarquée dans nos 17 cas ; il semble que cette complication soit due à

un moignon rectal laissé trop long et se comportant comme tout segment exclus du transit intestinal.

c - Résultats fonctionnels :

Nos critères d'appréciation de ces résultats ont été les suivants :

- nombre et nature des selles
- état de la continence anale
- retentissement sur l'arbre urinaire et les fonctions génitales.

Nous avons eu :

- 3 diarrhées post-opératoires (observation n° 1, 3 et 5); elles ont toutes les 3 cédé en quelques jours ou quelques semaines.
- 2 incontinences anales provisoires (observations n° 1 et 10) dont l'une contemporaine d'une diarrhée (observation n° 1)
- 13 transits normaux (1 à 2 selles moulées par jour) dans les suites éloignées (au-delà d'un mois)
2 constipations modérées mais persistantes (observations n° 5 et 13) dues à une entérotomie trop économique.
- 2 rétentions incomplètes et provisoires d'urines dues à une contusion vésicale par dissection trop poussée de l'ampoule rectale (observation n° 5 et 7); ces deux malades étaient porteurs d'un cancer du rectum.
- Enfin sur 7 hommes nous n'avons eu à déplorer aucun trouble de la sphère génitale.

Ainsi sur 15 opérations de Duhamel pratiquées avec succès chez l'adulte nous avons eu globalement les résultats fonctionnels suivants :

- 13 très bons résultats,
- 2 bons résultats (constipation modérée) améliorables par une entérotomie itérative ;
- aucune incontinence, aucune diarrhée persistante, aucun trouble génital ni urinaire prolongé.

oOo

CONCLUSIONS

L'abaissement rétro-rectal et trans-anal du colon conçu en 1956 par Bernard DUHAMEL pour le traitement de la maladie de Hirschprung de l'enfant, est applicable à la chirurgie colo-rectale de l'adulte.

Nous lui avons apporté deux variantes :

- le bout colique laissé long, comme dans l'opération de Babcock-Bacon ;
- la transposition antérieure du colon, réalisant un abaissement pré-rectal et transanal.

Si l'on respecte les règles techniques de l'auteur (absence de toute dissection du rectum dans le petit bassin ; section de l'ampoule rectale au-dessus du fond du cul de sac du Douglas) en y apportant les variantes citées plus haut, c'est une intervention parfaitement justifiée dans le traitement de certaines lésions bénignes telles que :

- le mégacolon congénital de l'adulte ;
- les tumeurs bénignes du rectum, non extirpables par voie basse et ne relevant pas de la résection par voie abdominale suivie d'anastomose colo-rectale ;
- certaines fistules recto-vaginales ou recto-prostatiques traumatiques ;
- les rétrécissements cicatriciels ou post-opératoires du haut rectum ;

- enfin, c'est un moyen facile et sûr de rétablir la continuité colique après certaines opérations de Hartmann où le moignon rectal est trop court et ne peut se prêter à une anastomose colo-rectale.

Par contre, l'indication de l'opération de Duhamel nous paraît beaucoup plus discutable dans le traitement des cancers du rectum, d'autres interventions telles que la résection par voie abdominale pure ou l'opération de Babcock-Bacon nous semblant préférables.

C'est enfin un procédé aux résultats fonctionnels excellents, qui trouve sa place entre la résection parfois trop économique ou irréalisable techniquement, et des interventions beaucoup plus mutilantes comme les amputations abdomino-transanales ou abdomino-périnéales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 : M. AND... 20 ans (Mégacolon congénital)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- le début des troubles remonte à la naissance, marqué par une émission retardée de méconium, une occlusion intestinale aiguë à l'âge de 7 mois;
- cette intervention n'améliore en rien le transit puisqu'un lavement quotidien est nécessaire. Cet état persiste jusqu'à l'âge de 14 ans, accompagné de vomissements fréquents, de douleurs abdominales à prédominance post-prandiales;
- de 14 ans à 19 ans ces troubles vont en s'accroissant, retentissant sur l'état général du malade. Les investigations ne sont pas poussées plus avant et cette "constipation" est traitée par les laxatifs les plus divers associés aux lavements.
- à l'âge de 19 ans il consulte le Dr. RICHARD (de Troyes) qui, soupçonnant un mégacolon congénital, demande un lavement baryté (24.11.65). Les clichés sont très évocateurs ; ils montrent un rectum et un bas sigmoïde de calibre normal s'opposant à un mégasigmoïde dont le diamètre est considérable.
- M. And... est alors confié au Dr J. LOYGUE.

2 - A SON ARRIVEE DANS LE SERVICE LE 4.12.65 :

- On ne trouve pas dans ses antécédents d'éléments notables, de troubles identiques parmi ses collatéraux.
- il s'agit d'un malade en bon état général, apyrétique, ayant conservé un bon appétit ; semblant donc tolérer relativement bien son affection, malgré l'usage quotidien de lavements évacuateurs.
- à l'examen, l'abdomen est très augmenté de volume, tympanique; sa paroi est souple, on ne sent pas de fécalome, il n'y a ni hépatomégalie ni splénomégalie ;
- au TR l'ampoule rectale est vide.
- les examens complémentaires de routine sont normaux (NF, VS, Cholestérol, Ionogramme sanguin, protides totaux);

En conclusion : l'histoire de ce malade, le lavement baryté suffisent pour affirmer le diagnostic de mégacolon congénital, et il est décidé avant d'envisager tout acte chirurgical, de vider ce colon par des lavements répétés et l'administration d'huile composée.

3 - LE 20.12.65 DEVANT L'ECHEC DE CETTE TENTATIVE DE VIDANGE : COLOSTOMIE :

- colostomie iliaque gauche ; on en profite pour prélever un fragment de sigmoïde ;
- à l'examen ana-path. de ce fragment on trouve des plexus nerveux de Meissner et d'Auerbach.
- le 4.2.66 le colon est enfin vidé de ses matières et il est pratiqué une opération de Duhamel.

4 - LE 4.2.66 OPERATION DE DUHAMEL (Dr De La VAISSIERE)

- incision xipho-pubienne.
- la colostomie avait été faite en bonne place sur le sigmoïde, mais le colon sus-jacent est demeuré énorme et plein de matières.
- colectomie gauche : la section porte en amont sur la 1/2 gauche du transverse, en aval immédiatement au-dessus du cul de sac de Douglas. Fermeture soigneuse du bout inférieur à points séparés.
- On peut sans difficultés, après décollement colo-épiploïque, abaisser le transverse gauche au périnée.
- rétablissement de la continuité selon le procédé de Duhamel, par abaissement rétro-rectal et trans-anal du transverse gauche. Fixation temporaire selon le procédé type par 2 pinces de Kocher que l'on amarre solidement. La paroi colique postérieure est conservée, longue, sans suture.
- Un drain rétro-anal - Péritonisation - Paroi plastofil.

5 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE DE LA PIECE (Dr. FAVRE) :

- "les plexus myentériques et sous-muqueux ne sont représentés tout au long du rectum rétréci que par filets nerveux nombreux et hyperplasiques sans cellules neuronales.
- on trouve quelques éléments du plexus myentérique avec des cellules neuronales au niveau de la section d'amont".

6 - SUITES OPERATOIRES :

- gaz au 3e jour, selles au 5e, chute des pinces au 9e. Section du boudin au 15 j.
- apparition d'une diarrhée avec incontinence sphinctérienne ; ces deux troubles sont transitoires : le 8.3.66, soit 30 jours après l'intervention,

la continence est normale, il n'y a pas de troubles urinaires, 2 à 3 selles moulées par jour.

- Sort le 22.3.66.

7 - IL EST REVU EN CONSULTATION LE 7.5.66 :

- a grossi de 6 kg, continence normale.

OBSERVATION N° 2 : Mme GAR... 24 ans (mégacolon congénital)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- le début des troubles remonte à la naissance :
 - . vomissements les 3 premiers jours et ventre ballonné
 - . le méconium est complètement évacué le 4e jour après 4 lavements.
- la première année on soupçonne un mégacolon et le nourrisson subit 20 séances de rayons ultra-violets : discrète sédation de la constipation ;
- de un an à quatre ans les selles sont obtenues le plus souvent par des suppositoires de glycérine ;
- de cinq ans à neuf ans : les périodes de constipation s'allongent, atteignant une semaine ; seuls des lavements hypertoniques s'accompagnent de selles. Un lavement baryté confirme le diagnostic de mégacolon et l'enfant est mis au traitement médical : Prostigmine, Auxergyl, Palax Tétravit B, sans grand effet.
- à l'âge de 10 ans (1950), on modifie la thérapeutique médicale : traitement au bromure d'acétyl bêta méthylcholine et infiltration des splanchniques. Ces thérapeutiques sont de peu d'efficacité, seuls les lavements hypertoniques sont efficaces;
- à 11, 12 et 13 ans , cures à Chatel Guyon suivies chacune d'une période de 6 mois de moindre constipation;

- à 14 ans puberté normale ; à 15 ans la symptomatologie se modifie, à des phases de transit intestinal sub-normales (selles tous les 2 jours) font suite des périodes de constipation durant de 15 jours à un mois terminées par un important lavement évacuateur.
- de 15 ans à 24 ans toutes les thérapeutiques médicales sont essayées (en particulier traitement aux extraits thyroïdiens) sans succès. Entre temps la malade se marie et un désir de mener à bien une maternité la conduit à consulter un chirurgien.
- le 19 mai 1964 il est pratiqué une BIOPSIE RECTALE (Dr. LOYGUE)
" mégacolon datant de l'enfance, remarquablement bien toléré , les radiographies faites au cours de l'évolution montrent toujours une zone étroite intéressant uniquement le rectum et l'origine du sigmoïde, après dilatation anale biopsie rectale".

Compte rendu histologique (Mme M. FAVRE) :

"Cette paroi rectale contient au niveau de la sous-muqueuse et entre les deux couches de la musculature de très nombreux filets nerveux, mais ne comporte aucune cellule ganglionnaire sur toute la longueur du prélèvement. Cette absence de cellules ganglionnaires permet de faire le diagnostic de maladie de Hirschprung".

2 - LA MALADIE EST ADMISE EN CLINIQUE DANS LA PREMIERE SEMAINE DE JUILLET 1964 :

- On ne note pas d'éléments particuliers dans les antécédents, pas de tableau analogue parmi les collatéraux.
- il s'agit d'une malade en excellent état général, supportant remarquablement son mégacolon dont le diagnostic s'étaye à la fois sur la clinique et les données de radiologie et de la biopsie.
- elle est opérée le 7 juillet 1964 (Dr. J. LOYGUE) :

- "médiane, la dilatation commence à la jonction recto-sigmoïdienne; au-dessous le rectum apparaît étroit, au-dessus le colon a l'aspect habituel de mégacolon, mais n'est vraiment dilaté que dans sa portion ilio-pelvienne ;
- section des artères sigmoïdiennes près de l'arcade ; libération du rectum au contact même de sa paroi; en arrière on descend jusqu'au coccyx ; en avant on s'arrête un peu au-dessus du cul de sac de Douglas. Section de l'ampoule rectale à ce niveau et fermeture de la tranche en un plan.
- section ano-cutanée hémicirconférentielle postérieure ; on clive la paroi du canal anal du sphincter qui est respecté et on pénètre facilement dans la zone décollée postérieure.
- on abaisse alors le rectum et le colon sigmoïde que l'on laisse long, sans le suturer en arrière.
- deux pinces accolent la paroi inférieure du colon à la paroi postérieure du rectum.
- on revient à l'abdomen pour péritoniser sur un drain aspiratif et fermer la paroi".

- Compte rendu histologique (Mme M. FAVRE)

"L'extrémité étroite de la pièce à l'aspect constaté sur la biopsie précédente. En s'éloignant de cette zone, l'hyperplasie nerveuse disparaît et les formations ganglionnaires apparaissent, mais les cellules ganglionnaires sont peu nombreuses et souvent vacuolaires .

3 - SUITES OPERATOIRES :

- simples (selles 4e jour, chute des pinces au 9e)
- section du boudin au 15e j.

4 - REVUE RECEMMENT EN CONSULTATION :

- transit intestinal normal (une selle moulée par jour)
- bonne continence.

OBSERVATION N° 3 : M. LAD... 31 ans (mégacolon congénital)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE

Le début des troubles remonte à l'âge de 12 ans, marqué par l'apparition d'une constipation évoluant par périodes de 2 à 3 semaines.

- périodes entrecoupées d'épisodes de quelques jours pendant lesquels le malade va à la selle tous les jours.
- toute la symptomatologie se résume à cette constipation contre laquelle les différentes thérapeutiques médicales employées n'ont que peu d'effet ; seuls les lavements sont suivis d'une selle.
- de 12 ans à 31 ans, ce malade au psychisme peu évolué a régularisé son transit par des lavements fréquents sans qu'on ait soupçonné le mégacolon congénital.

2 - LE 3/2/64 LE MALADE EST VU EN CONSULTATION ET HOSPITALISE :

- parmi ses antécédents on ne retrouve pas de retard à l'évacuation du méconium pas de trouble patent du transit intestinal jusqu'à l'âge de 12 ans, pas de lésion semblable parmi les collatéraux.
- à noter simplement une syndactylie opérée par greffe cutanée à l'âge de 18 ans.
- il s'agit d'un malade en bon état général, apyrétique ;
- se plaignant essentiellement de troubles en relation avec la rétention stercorale que ne peuvent plus combattre les lavements et les différentes médications laxatives.

- à l'examen clinique on est frappé par le volume de l'abdomen contrastant avec l'aspect en entonnoir du thorax ; le côlon transverse réalise un relief sous-cutané dans la région épigastrique ; à la palpation la paroi abdominale est parfaitement souple, des fécalomes sont sentis tout au long du côlon ; une chiquenaude sur la paroi abdominale ne s'accompagne d'aucune ondulation péristaltique ; le foie est de volume normal.
- le toucher rectal montre la vacuité de l'ampoule.
- les examens complémentaires ne sont pas perturbés (NF, VS, Ionosanguin, cholestérol et protides).
- Le lavement baryté montre une ampoule rectale de volume normal , vide, une zone rétrécie correspondant à la charnière recto-sigmoïdienne et au-dessus une très importante dilatation, intéressant tout le côlon
- le 5.2.64 il est pratiqué une biopsie rectale :
"le prélèvement a été étudié en coupes sériées. Il contient quelques filets nerveux dans la sous-muqueuse mais il n'a pas été trouvé de cellules ganglionnaires. Le prélèvement n'intéresse pas la musculature et on ne peut apprécier l'existence ou l'absence du plexus d' Auerbach.

Devant l'importance de cette rétention stercorale il est décidé de pratiquer d'abord

3 - LE 17.2.64 UNE COLOSTOMIE TRANSVERSE DROITE DE VIDANGE (Dr J. LOYGUE)

- Les suites opératoires sont simples mais la colostomie ne suffit pas à vidanger le côlon et on est obligé de lavementer régulièrement et fréquemment le malade par l'anus et la colostomie.

4 - LE 25.3.64 OPERATION DE DUHAMEL (Dr. J. LOYGUE) C.R.O.

- grande incision angulaire.

- Le côlon gauche a été bien vidé mais il est encore très volumineux, sa paroi est blanchâtre et épaisse, la zone étroite ne semble pas déborder en haut la fin du sigmoïde.
- Après mobilisation du côlon gauche, opération de Duhamel en disséquant le rectum au ras de sa paroi ; le volume de l'intestin et de son méso rend le temps inférieur assez difficile et, pour éviter une ascension trop précoce, on conserve le méso et la paroi postérieure du côlon comme dans un Babcock.
- drain présacré, péritonisation , paroi nylon.

5 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE DU 3.4.64 (Dr. FAVRE)

- "Cette pièce de colectomie a une extrémité plus étroite sur 4 à 5 cm.
- Au niveau de la section inférieure on trouve quelques filets nerveux du plexus myentérique, mais sans cellules ganglionnaires. Au-delà, le plexus myentérique est absolument inexistant. On ne trouve aucun élément du plexus sous-muqueux.
- l'extrémité la plus large comporte des plexus atrophiques mais présents".
- Il s'agit donc bien d'un mégacolon congénital.

6 - SUITES OPERATOIRES

- selles au 3e jour, chute des pinces au 8e jour.
- le toucher rectal pratiqué après la chute des pinces provoque l'écoulement d'une collection purulente, traduisant un lâchage de la suture du moignon rectal.
- en quelques jours cet écoulement va se tarir et les selles se normaliser.
- le 13.4.64 résection du boudin et le malade sort avec une continence et un transit normaux le 25.4.64.

7 - NOUVELLE HOSPITALISATION LE 22.6.64

- il est pratiqué le 29.6.64 une fermeture de la colostomie transverse droite et lors de cette fermeture on est frappé par le calibre du côlon qui est pratiquement normal ; par contre la paroi est encore épaissie.
- Le malade sort le 10.7.64 avec une continence normale et deux à trois selles moulées par jour.

8 - IL EST REVU REGULIEREMENT EN CONSULTATION

- le 1.8.64 : 3 selles par jour, très bonne continence
- le 3.10.64 : très bon état général, 2 selles par jour, bonne continence
- le 5.12.64: mêmes constatations ; au toucher rectal, impression d'une ampoule normale.
- enfin, le 23.10.65 : transit normal, bonne continence, excellent état général.

OBSERVATION N° 4 : M. LE MAR... 28 ans (mégacolon congénital)

I - HISTOIRE DE LA MALADIE:

- le début des troubles remonte à la naissance : émission de méconium retardée ;
- depuis, l'enfant a été considéré comme un constipé chronique sans qu'on ait cherché à préciser l'origine de ses troubles : selle toutes les semaines voire tous les mois, provoquée par l'administration d'un lavement, la décision de lavementer le jeune LE MAR... étant purement subjective : "lorsqu'il se sentait gêné".
- En 1942, il est montré en consultation aux "Enfants Malades" : une intervention chirurgicale est déconseillée aux parents; on parle pour la première fois de mégacolon congénital.

- jusqu'en 1961 la maladie est remarquablement tolérée puisque le développement somatique et psychique est normal ; seul le volume de son abdomen gêne le malade ; les selles sont provoquées par un lavement.
- en 1961 il y a aggravation des signes fonctionnels :
 - . Monsieur LE MAR... doit s'allonger pendant 2 heures chaque jour pour évacuer ses gaz ;
 - . les lavements sont beaucoup moins efficaces , n'évacuant qu'une petite partie du contenu colique ;
 - . il y a une augmentation nette du volume de l'abdomen ;
 - . enfin une asthénie et une anorexie font leur apparition.

2 - LE 17.6.63 LE MALADE EST HOSPITALISE DANS LE SERVICE (adressé par le Dr. DELORD).

- parmi ses antécédents on ne note qu'un fait particulier = sa tante âgée de 50 ans a subi il y a 7 ans une colostomie pour "paralysie du colon".
- il s'agit d'un malade en assez bon état général, apyrétique
- se plaignant surtout de troubles en relation avec la rétention stercorale que ne peuvent combattre les lavements et tout un arsenal de médications.
- à l'examen on est frappé par l'importance du volume de l'abdomen qui est considérable , contrastant avec l'aspect en entonnoir du thorax ; on voit se dessiner sous la peau le colon , en particulier le transverse ; une chiquenaude sur l'abdomen entraîne l'apparition d'ondes péristaltiques.
- le TR montre la vacuité de l'ampoule.
- les examens complémentaires sont peu ou pas perturbés (NF, VS, iono sanguin, cholestérol)

- le lavement baryté montre une ampoule rectale de volume normal, la zone rétrécie longue de 5 à 6 cm et au-dessus l'énorme dilatation colique avec de nombreux fécalomes.

Devant l'importance de cette rétention stercorale on décide de faire d'abord

3 - LE 21.6.63 : UNE COLOSTOMIE (Dr. LOYGUE)

- "- Incision iliaque gauche ; il est impossible d'extérioriser le colon , plus volumineux qu'un avant de bras et qui est si tendu et si dur qu'on ne parvient pas à le mobiliser.
- On trace donc une laparotomie para-médiane gauche qui permet d'aborder le colon transverse, de l'ouvrir et d'évacuer à la cuillère plus d'1,5 kg de matières.
- de la sorte on parvient à mobiliser suffisamment le transverse pour l'extérioriser par une contre-incision droite établissant une colostomie sur baguette
- on peut alors aborder le sigmoïde et l'on constate que la zone étroite bien visible remonte au moins jusqu'au sommet de l'anse sigmoïde ;
- colotomie à ce niveau, évacuation de 1,5 kg de matières ; le sigmoïde est alors amené dans l'incision iliaque gauche ; ce qui laisse espérer que par cette double colostomie on parviendra à vider partiellement l'intestin"

4 - C'EST CE QUE CONFIRME LES SUITES OPERATOIRES

- et le malade sort avec un colon bien évacué.

5 - IL REVIENT DANS LE SERVICE LE 30.9.63 POUR LE DEUXIEME TEMPS : LE DUHAMEL :

- l'état général est excellent, l'abdomen pratiquement plat

- compte rendu opératoire du 25.10.63 (Dr. LOYGUE) :

- . longue para-médiane gauche ; le colon transverse et le colon gauche sont encore très volumineux à paroi épaissie ; la distension s'arrête à la partie moyenne du sigmoïde ;
- . libération de la colostomie iliaque gauche ;
- . mobilisation du colon gauche, puis dissection du rectum au ras de sa paroi jusqu'au plancher pelvien, décollement rétro-rectal ;
- . section du colon immédiatement en amont de la colostomie iliaque, section du rectum à hauteur du fond du Douglas et fermeture de la tranche de section;
- . le colon est abaissé dans le décollement rétro-anal, repris par en bas suivant le procédé de Duhamel et laissé long ; la seule difficulté est venue du volume du colon abaissé .

6 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

" La pièce opératoire comporte une zone très dilatée et une zone rétrécie ; les structures ganglionnaires sympathiques ont été recherchées sur les différentes coupes faites sur la pièce. Elles sont absentes sur tous les prélèvements, aussi bien pour les plexus myentériques que sous muqueux. Il n'existe pas un filet nerveux sauf au niveau de la section inférieure où apparaissent des filets entre les deux couches musculaires."

7 - SUITES OPERATOIRES : simples

- gaz et selles rapidement ; chute des pinces au 8e jour
- seul un épisode fébrile viendra perturber cette évolution ; du propidon en viendra vite à bout;
- section du boudin au 12e jour.
- il sort le 29.11.63.

8 - NOUVELLE HOSPITALISATION LE 13.1.64 : pour fermeture de la colostomie transverse droite.

- suites opératoires simples.
- le 8.2.64 au TR : la zone d'anastomose est encore scléreuse mais reste bien perméable. Il sort du service le 15.2.64 avec un excellent état général, une bonne continence et un transit régularisé.

9 - IL EST REVU EN CONSULTATION LE 23.5.64 :

- une selle le matin normale ; parfois une autre peu abondante le soir ;
- bonne continence, cependant salit quelquefois son slip ;
- au TR : impression d'une certaine infiltration péricolique ;
- excellent état général.

OBSERVATION N° 5 : M. BAC... (Cancer du rectum)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- il s'agit d'un cancer de la partie haute de l'ampoule rectale évoluant depuis un an (début des troubles en Mai 1962) situé à 12 cm de la marge anale, biopsié sous-rectoscopie (Dr BENSAUDE) et retrouvé au lavement baryté.

2 - A SON ARRIVEE DANS LE SERVICE (le 20.5.1963)

- M. BAC... est dans un état général assez médiocre, asthénique et anorexique, pèse 51 kg pour une taille de 1,65 m ;
- ce malade se plaint d'une diarrhée sanglante accompagnée de ténésmes et épreintes ;
- à l'examen :
 - . le foie déborde de 2 travers de doigts, mais il est homogène et indolore ;
 - . il n'y a ni splénomégalie, ni ascite ;

- . on ne sent rien à la palpation de l'hypogastre
- . au TR la tumeur n'est pas perçue, les parois de l'ampoule sont souples,
- . le reste de l'examen est normal de même que les examens complémentaires, hormis une anémie modérée.

3 - IL EST OPERE LE 27.5.63 (Dr. DUBOIS)

- " Tumeur haute de l'ampoule

- amputation du rectum rétablissement la continuité par l'opération de Duhamel;

- . large paramédiane gauche
- . pas de métastase mais plusieurs ganglions mésentériques, tumeur sous péritonéale
- . curage préaortique avec ligature première des vaisseaux à leur origine
- . libération du rectum jusqu'au canal anal, décollement de l'angle colique gauche
- . abaissement rétro-anal, intra-sphinctérien selon le procédé type de Duhamel
- . péritonisation au lin sur tube de Redon et Jost, rétro-rectal
- . Paroi plastofil".

4 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

"Polypose recto-sigmoïdienne présentant de très petites zones carcinomateuses superficielles dans la nappe principale, mais sans effraction de la musculaire muqueuse.

Les ganglions prélevés ne sont pas tumoraux".

5 - SUITES OPERATOIRES

- selle au 4e jour, chute des pinces au 8e
- mais surtout on assiste à deux complications postopératoires :

- . tout d'abord, alors que le malade n'avait présenté aucun trouble mictionnel pré-opératoire, s'installe dans les jours qui suivent une rétention chronique d'urines avec un résidu à 400 cc en relation avec une contusion vésicale. Cette contusion impose la mise en place d'une sonde urétrale à demeure qui ne sera retirée que 2 mois après, le 2.7.63 le résidu ne dépasse pas 100 cc et les urines sont claires.
- . la seconde complication se traduit par un lâchage de la suture du moignon rectal, entraînant la formation d'une collection suppurée sous-péritonéale que drainera le TR pratiqué à la chute des pinces.

6 - LE MALADE EST REVU EN CONSULTATION EN JUILLET 1963 :

- la continence anale est bonne.
- le malade se plaint d'une constipation modérée qu'il combat efficacement par l'absorption d'huile ; au TR : le moignon rectal est très court et l'anastomose colo-anale de petit calibre , n'admettant que la pulpe de l'index ; manifestement l'entérotomie a été trop économique et la constipation pourrait être améliorée par une entérotomie itérative.
- mais depuis le malade est perdu de vue.

OBSERVATION N° 6 : Mme FEM... 62 ans (cancer du rectum)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- le début des troubles remonte à 6 mois marqué par l'apparition d'une rectorragie,
- puis progressivement s'ajoutent épreintes, ténésme et émission de glaires ;
- paradoxalement l'état général n'est pas altéré, chez cette malade pléthorique.

- en mars 1963 elle consulte le Dr SALLET qui demande un lavement baryté montrant une virole néoplasique de la jonction recto-sigmoïdienne.

2 - A SON ENTREE DANS LE SERVICE LE 25.3.63 :

- il s'agit d'une malade pléthorique (75 kg pour 1,60 m) hypertendue et sans antécédents pathologiques notables.
- à l'examen :
 - . de l'abdomen, le foie est de volume normal ; il n'y a pas de splénomégalie , pas d'ascite.
 - . les aires ganglionnaires sont libres, le cliché pulmonaire est normal
 - . au TR on ne sent pas la tumeur, la paroi rectale est souple, de même que le Douglas
 - . au TV : rien de plus
- les examens complémentaires de routine (NF, VS , urée, glycémie) sont normaux.

3 - LA MALADE EST OPEREE LE 3.4.63 : Opération de Duhamel (Dr. LOYGUE)

- médiane
- cancer sus-douglassien sans métastase apparente
- ligature première haute des vaisseaux mésentériques inférieurs
- mobilisation du colon ilio-pelvien , puis du rectum que l'on peut pousser jusqu'au plancher pelvien.
- on peut sectionner le rectum à 7 cm au-dessous de la tumeur mais il ne reste plus alors en bas que le canal anal et les deux derniers cm de l'ampoule.
- section du colon à 20 cm en amont.
- abaissement trans-sphinctérien derrière la paroi du canal anal qui a été décollée.

- suture postérieure tandis qu'en avant deux pinces de Kocher solidarisent paroi colique antérieure et paroi anale postérieure.
- drain présacré - péritonisation - paroi nylon.

4 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE : (Dr. FAVRE)

"Adénocarcinome bien différencié, peu étendu en hauteur, mais envahissant la graisse et les ganglions autour du pédicule vasculaire".

5 - SUITES OPERATOIRES :

- gaz et selles au 3^e jour.
- mais dans les jours qui suivent, il y a lâchage de la suture postérieure colo-anale , ascension du colon rétro-rectal et formation d'une fistule imposant le 12.4.63 une colostomie transverse droite sur baguette.
- en quelques jours la fistule est tarie et la malade sort avec sa colostomie le 6 mai 1963.

6 - Mme FEM ... est de nouveau hospitalisée en septembre 1963 :

- elle subit une opération de Babcock dont les suites sont loin d'être simples,
- marquées par une reprise plus tardive du transit, et surtout une suppuration rétro-anale, décollant le boudin . Ce n'est que très lentement que cette suppuration se tarit. Le boudin ne sera réséqué que le 17.12.63 lors d'une nouvelle hospitalisation de la malade.

7 - Elle est REVUE LE 25.9.65 (soit 2 ans 1/2 plus tard)

- avec une récurrence locale de son néo du rectum.

OBSERVATION N° 7 : M. KOY... (cancer du rectum) (53 ans)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- petit cancer du rectum inaccessible au doigt, vu à la rectoscopie à 12 cm de la marge ;
- biopsié :
 " la plus grande partie du fragment biopsié répond à un petit polype glandulaire de nature bénigne. Toutefois à l'extrémité du prélèvement les dernières structures glandulaires apparaissent dédifférenciées et on y note quelques mitoses. Ces images peuvent faire craindre que le prélèvement ait porté en bordure d'une lésion de nature différente et doivent en cas de doute conduire à renouveler le prélèvement".

2 - LE 17.6.65 : Dr LOYGUE

- longue médiane
- petit cancer du sommet de l'ampoule rectale sans métastase apparente
- la résection par voie abdominale pure ne paraît pas possible si on ne veut pas réduire l'étendue de l'exérèse vers le bas ; par contre, le procédé de Duhamel semble parfaitement applicable.
- section première des vaisseaux mésentériques inférieurs, mobilisation du colon gauche, puis du rectum jusqu'à dépasser le pôle inférieur de la tumeur d'au moins 7 cm ou 8.
- section du rectum au-dessus du fond du cul de sac de Douglas ; fermeture de la tranche de section rectale par des points extra-muqueux ;
- décollement rétro-rectal poussé jusqu'au plancher
- section du colon 20 cm en amont de la tumeur.
- le temps périnéal est simple : incision semi-circulaire postérieure à la jonction ano-cutanée, libération du sphincter ; on atteint ainsi facilement le décollement rétro-rectal.

- abaissement du colon qui sort et dépasse la marche anale de 5 à 6 cm ;
- courte incision transversale de l'hémicirconférence antérieure du colon au ras de l'anus ; mise en place de deux pinces ;
- on revient à l'abdomen pour péritoniser sur deux drains aspiratifs
- paroi nylon.

Pièce : petit cancer végétant de 3 cm de diamètre.

3 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

- "adénocarcinome lieberkuhnien colique, paraissant limité à la paroi colique, sans envahissement ganglionnaire ;
- un petit polype situé sur la pièce est un adénome tubulé non suspect".

4 - SUITES OPERATOIRES :

- troublées par une suppuration pelvienne liée à la désunion de la suture de la tranche rectale ; mais très rapidement tout rentre dans l'ordre et le malade quitte la clinique ayant retrouvé une continence normale.
- à noter également des mictions incomplètes dans les suites opératoires immédiates dues à une contusion vésicale un peu plus prolongée que normalement (Dr. CUKIER) ayant cédé à la 3e ablation de sonde urétrale.

5 - CE MALADE A ETE REVU :

- en octobre 65 : continence et transit normaux
- en janvier 67 : "

OBSERVATION N° 8 : Mme LAV... (cancer du rectum (51 ans))

I - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- Il s'agit d'un cancer recto-sigmoïdien typique diagnostiqué par le lavement baryté et dont la nature néoplasique a été affirmée par une biopsie sous rectoscopie.

- biopsie rectale du 21 juillet 1965 :
"carcinome invasif, peu différencié, du rectum".

2 - LE 29 JUILLET 1965 : OPERATION DE DUHAMEL (Dr. J. LOYGUE)

- cancer recto-sigmoïdien mobile, sans métastases apparentes, trop bas situé pour une résection classique et pour lequel l'opération de Duhamel semble légitime.
- section première du pédicule mésentérique
- mobilisation du colon gauche
- section du rectum au-dessus du fond du Douglas et fermeture du cul de sac rectal.
- section du colon 20 cm en amont
- abaissement rétro-anal du colon à travers une incision anale hémicircconférentielle intra-sphinctérienne. Le colon est laissé pendant.
- mise en place de deux pinces de Kocher
- drain présacré
- péritonisation - Paroi nylon.

3 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

- "Adénocarcinome du rectum paraissant respecter la musculature, sans adénopathie métastatique".

4 - SUITES OPERATOIRES :

- selle et chute des pinces dans les délais habituels
- section du boudin au 12^e jour
- au 16^e jour : apparition d'une sépticémie vésiculaire grave mais curable

5 - LA MALADE A ETE REVUE RECEMMENT :

- bonne continence anale, une selle moulée par jour.

OBSERVATION N° 9 : Mme MER... 65 ans, (Cancer du rectum)

1 - EN MARS 1963 :

- la malade remarque la présence, de temps à autre, de sang dans ses selles .

2 - DEBUT MAI 1963 :

- apparition de faux besoins qui ont diminué après l'élimination spontanée d'un liquide d'aspect purulent par l'anus.

3 - DEBUT JUIN 1963 :

- la malade est hospitalisée dans le service du Dr CONTE à l'hôpital St Antoine
- son ventre est météorisé, sa température hectique ;
- au TR , on sent une masse rénitente, très douloureuse, bloquée dans le Douglas
- sa numération sanguine est à 25.000 GB.
- le lavement baryté pratiqué en urgence ne peut franchir le caprecto-sigmoïdien
- la malade est mise à la glace sur le ventre et aux antibiotiques
- une rectoscopie pratiquée le lendemain ne peut aller au-delà de 5 cm.
- une étiologie colique est évoquée et la malade est transférée dans le service du Dr. LOYGUE le 7.6.63 .

4 - A SON ARRIVEE DANS LE SERVICE :

- malade en assez bon état général mais présentant cependant des signes de suppuration profonde et d'obstruction colique.
- on note dans ses antécédents :
 - . une hystérectomie à 26 ans
 - . une laparotomie pour volvulus sigmoïdien 2 ans plus tôt.
- l'âge de la malade, les signes infectieux, l'obstruction colique font pratiquer chez cette malade

5 - LE 10.6.63 UNE COLOSTOMIE TRANSVERSE DROITE SUR BAGUETTE :

- dont les suites sont simples.

6 - LE 12.7.63 EST PRATIQUEE (Dr. DUBOIS)

- une amputation du rectum avec abaissement trans-anal rétro-rectal du colon , associée à une ablation large du col utérin restant ;
- C.R.O. :
 - . incision de Barraya
 - . pas de métastase mais le petit bassin semble bloqué par une masse à laquelle adhère une anse grêle
 - . l'exérèse semble cependant réalisable après dissection des uretères et libération de la face postérieure de la vessie
 - . Il faut enlever en bloc, avec le rectum, le col utérin, les paramètres et le haut de la paroi postérieure du vagin
 - . en fin d'intervention on s'aperçoit que l'uretère gauche, bien que non sectionné, est coudé par une ligature. Il semble préférable de faire une résection-anastomose au catgut 000 sur sonde urétérale.
 - . la partie basse de l'ampoule rectale a pu être conservée et l'on opte pour une opération type Duhamel : abaissement du colon transverse trans-sphinctérien et rétro-anal, ce qui se fait sans traction
 - . on garde 10 cm de colon extériorisé et les entérotomes sont placés à travers une incision de la paroi colique.
 - . péritonisation au lin sur drain rétro-anal. Paroi plasto-fil.
- suites opératoires simples (gaz, selles, chutes des pinces dans les délais habituels).

7 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE DU 20.7.63 :

- épithélioma glandulaire lieberkuhnien, envahissant largement la paroi colique s'étendant jusqu'à la graisse périviscérale. Par contre il n'y a aucune métastase ganglionnaire.

8 - LE 29.7.63 : SECTION DU BOUDIN9 - LA MALADE SORT DU SERVICE LE 1.8.63.10 - LE 30.8.63 LA MALADE EST REVUE EN CONSULTATION :

- lavement baryté : transit normal
- UIV : bonne sécrétion des 2 reins
- TR : ampoule souple, l'anastomose admet largement l'index

11 - LE 18.9.63 NOUVELLE HOSPITALISATION : FERMETURE DE COLOSTOMIE

- suites simples
- la malade sort le 29.9.63

12 - Mme MER... est REVUE EN CONSULTATION LE 23.11.63

- bon aspect pariétal
- 2 à 3 selles par jour bien moulées, aucune incontinence
- au TR : ampoule rectale souple, on sent bien en arrière l'anastomose colorectale, elle paraît souple et admet l'index.

OBSERVATION N° 10 : Mme SAR... , 64 ans, (cancer du rectum)1 - FIN FEVRIER 1963:

- rectorragies de sang rouge, de faible abondance, apparaissant après l'émission des selles ;
- aucun autre trouble digestif
- discrète altération de l'E.G.

2 - FIN MARS 1963 LA MALADE CONSULTE (Dr. LOYGUE)

- Rectoscopie : lésion rectale à 12 cm , saignant au contact.

3 - 30 MARS 1963 : LA MALADE EST HOSPITALISEE (Hôpital Rothschild, Sce Dr. LOYGUE).

- la lésion rectale semble cliniquement isolée
 - . pas de gros foie
 - . pas d'ascite
 - . cliché pulmonaire normal
- au TR : la lésion est difficilement perçue à bout de doigt
- malade préparée par Thiacyl 8 comprimés par jour
huile composée

4 - OPEREE LE 1er AVRIL 1963 : C.R.O. (Dr. LOYGUE)

- médiane
- cancer sus-douglassien sans métastase apparente
- ligature première haute des vaisseaux mésentériques inférieurs
- mobilisation du colon ilio -pelvien puis du rectum que l'on peut pousser jusqu'au plancher pelvien.
- On peut sectionner le rectum à 7 cm au-dessous de la tumeur, mais il ne reste plus en bas que le canal anal et les deux dernier cm de l'ampoule
- section du colon à 20 cm en amont.
- abaissement trans-sphinctérien derrière la paroi du canal anal qui a été décollée
- suture postérieure tandis qu'en avant deux pinces de Kocher solidarisent paroi colique antérieure et paroi anale postérieure.
- drain présacré - péritonisation
- paroi nylon.

5 - SUITES OPERATOIRES

- gaz au 3e jour
- selle le 4e
- chute d'une première pince le 6e

- chute de la 2^e , le 7^e jour
- le 10.4.63 : 2 à 3 selles moulées par jour
 - fausses envies fréquentes
 - incontinence anale orthostatique
- le 19.4.63 : bonne continence sphinctérienne
- le 26.4.63 sortie de la malade

6 - HISTOLOGIE :

adéno-carcinome vilieux du rectum dont l'envahissement local est limité à la musculuse, sans adénopathie.

7 - LA MALADE EST REVUE :

- le 20.7.63 : transit intestinal irrégulier ; au TR petite chambre rectale et au-dessus anneau cicatriciel extrêmement mince et souple admettant l'index.
- 6.2.65 (soit 2 ans plus tard) :
 - excellent état général
 - bonne continence
 - selles irrégulières en nombre et en consistance.

OBSERVATION N° 11 : Mme ZEN ... 57 ans, (tumeur vilieuse du rectum)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE

C'est un tableau typique d'écoulement muco-glaireux qui amène la malade à consulter.

Une rectoscopie est faite :

" tumeur vilieuse de la partie haute de l'ampoule rectale, apparemment non dégénérée".

2 - C.R.O. DU 12.I.65 (Dr. LOYGUE)

1 - après dilatation anale on s'aperçoit que la tumeur villeuse, dont le pôle inférieur est à 10 cm du sphincter, ne peut être extirpée

2 - Paramédiane gauche

Grosse tumeur ampullaire haute.

Section première des vaisseaux mésentériques inférieurs

Mobilisation du côlon , puis du rectum

La section doit porter trop bas pour pouvoir rétablir la continuité par suture colo-rectale avec sécurité

Dans ces conditions, on pense qu'une opération du Duhamel est possible et doit donner un meilleur résultat que celle de Babcock

Section du rectum au fond du Douglas et suture de la tranche rectale

Décollement rétro-rectal qui peut être poussé jusqu'au coccyx.

Incision hémicirconférentielle postérieure au niveau de la ligne ano-cutanée.

Décollement de la paroi du canal laissant en arrière le sphincter

On rejoint ainsi le décollement présacré

On peut abaisser facilement le côlon qui est extériorisé , puis sectionné 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la lésion.

Mise en place de deux pinces, suivant le procédé de Duhamel pour écraser la paroi postérieure du rectum et la paroi antérieure du côlon.

Drain présacré.

On revient à l'abdomen pour péritoniser et fermer la paroi.

Pièce : très volumineuse tumeur villeuse dans sa moitié inférieure; manifestement dégénérée dans sa moitié supérieure.

3 - HISTOLOGIE (22 janvier 1964)

Il s'agit effectivement d'une tumeur villeuse dégénérée, c'est un adéno

carcinome en partie villositaire qui envahit la paroi jusqu'à la musculature, sans images d'embolies lymphatiques ni envahissement ganglionnaire.

4 - LA MALADE EST REVUE LE 4 AVRIL 1966 =

- très bonne continence
- mais elle présente un cancer du corps utérin pour lequel est pratiquée une hystérectomie totale (lors de ce second look il n'est pas retrouvé de récurrence intestinale ou péritonéale).

OBSERVATION N° 12 : Mlle SPE... (33 ans) (Déciduome recto-sigmoïdien)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- cette malade est hospitalisée le 3 janvier 1966 à l'hôpital de Gonesse pour une occlusion basse. Après 24 heures de réanimation et d'aspiration, Mlle SPE... est opérée et il est trouvé : une endométriose génitale pour laquelle il est pratiqué une hystérectomie sub-totale avec ablation des annexes, au niveau du recto-sigmoïde une masse tumorale ou inflammatoire est à l'origine de l'obstruction, on se contente d'une ponction du sigmoïde et d'une caecostomie.
- les suites opératoires sont simples et la malade sort de l'hôpital le 17.1.
- elle nous est confiée le 4 octobre 1966 avec le diagnostic de sigmoïdite
 - . au toucher rectal : il est senti une masse dure irrégulière, douloureuse à la pression, semblant prolapsée dans le Douglas, refoulant la paroi rectale antérieure, mais respectant la muqueuse ; le reste du rectum est normal.
 - . au toucher vaginal, difficile à pratiquer (séquelles de polio) on retrouve les mêmes éléments en arrière et au-dessus du col scléreux

- . le lavement baryté pratiqué et comparé à ceux effectués antérieurement révèle une image de sténose étendue, ayant les caractères d'une sténose bénigne.
- . le diagnostic d'endométriose recto-sigmoïdienne est posé et la malade opérée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE DU 10.10.66 (Dr. de LA VAISSIERE)

- médiane itérative hypogastrique ; libération d'adhérences denses et multiples;
- énorme bloc scléro-inflammatoire recto-sigmoïdien enserré lui-même dans une gangue fibreuse dure bloquant tout le petit bassin , et dans lequel il est pratiquement impossible de reconnaître quoi que ce soit.
- on taille donc en pleine masse tumorale et l'on finit non sans difficulté par retrouver le rectum sous-péritonéal.
- on le sectionne le plus bas possible : la muqueuse porte à ce niveau de fines lésions granuleuses dont il est impossible de préciser la nature exacte .
- on ne peut dans ces conditions envisager une anastomose colo-rectale terminale au sein de ce bloc inflammatoire. On décide donc de rétablir la continuité selon le procédé de Duhamel. On doit auparavant décrocher l'angle gauche. Le colon n'est pas sectionné au ras de l'anus mais laissé long.
- Péritonisation et plicature du mésentère.
- SUITES OPERATOIRES
 - gaz au 4e jour, selle au 7e
 - chute des pinces au 9e
 - section du boudin au 15e jour

4 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

"Il s'agit d'un déciduome développé sur une endométriose recto-colique. Cette lésion est toujours bénigne (Dr. DELARUE) et suppose la possibilité d'une lutéinisation soit exogène (traitement hormonal) soit endogène (castration incomplète)".

5 - ON REINTERROGE LA MALADE :

et on a la surprise d'apprendre que pour traiter son endométriose, son médecin traitant lui faisait prendre régulièrement, depuis la première intervention, un inhibiteur de l'ovulation (Lyndiol); déterminant l'apparition d'un déciduome.

6 - LA MALADE A ETE REVUE LE 23.11.66 :

- continence normale
- légère constipation en relation avec une anastomose colo-rectale trop étroite (l'enterotomie n'ayant pas suffisamment été poussée vers le haut).

OBSERVATION N° 13 : Mme IMBA.... (68 ans) (rétablissement de la continuité après opération de Hartmann).

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- cette malade de 68 ans adressée en urgence le 23.I.65 au Dr J. MOREAUX, présentait depuis 36 heures un tableau d'occlusion basse avec une profonde altération de l'état général. Elle est opérée le jour même et l'on découvre : "une perforation diastatique du colon transverse secondaire à un cancer recto-sigmoïdien, associée à un aspect très particulier de colite nécrosante pluri-focale".

Etant donné l'âge de la malade, son état général et local, il est pratiqué une toilette péritonéale, une extériorisation de la zone perforée et une colostomie droite.

- les suites opératoires sont relativement simples, troublées seulement par des phénomènes de rétention purulente entre la tumeur et la colostomie, une colostomie sigmoïdienne, pratiquée le 12.3.65, en vient rapidement à bout.

- le 22.4.65 (soit 2 mois après la première intervention) l'état général de la malade est assez bon pour autoriser une opération de Hartmann, emmenant tout le colon jusqu'à la colostomie droite qui devient terminale.

- le 29.6.66 18 mois après la première intervention, la malade réclamant un rétablissement de la continuité, son état général étant satisfaisant (aucun signe clinique de récurrence) on décide (Dr. J. MOREAUX) un rétablissement de la continuité selon le procédé de Duhamel.

2 - C. R. O. du 29.6.66

- l' reprise de l'incision médiane, aucune métastase péritonéale ou hépatique perceptible, petit bassin strictement sain, sans récurrence.

- libération du colon ascendant et de la colostomie, le colon est bien vascularisé par un axe iléo-caeco-colique de bonne taille, et descend facilement dans le pelvis.

- on aurait pu faire une anastomose au sommet de l'ampoule fermée qui fait saillie sur une bougie introduite par l'anus, mais pour éviter cette anastomose, on croit le Duhamel préférable.

- le rectum ayant été décollé jusqu'au coccyx lors de la précédente intervention, le décollement présacré est difficile et hémorragique.

- au cours de l'ouverture péritonéale, on fait une petite brèche dans le cul de sac rectal qui est suturée, après hémostase du décollement présacré, on découvre au bord de la brèche péritonéale une ouverture de l'uretère droit qui était complètement attiré sur la ligne médiane; l'uretère est suturé sur sonde.

- puis le colon est abaissé en rétro-rectal et transanal (Dr. DUBOIS) et laissé pendant sur 4 à 5 cms.

- comme il n'est pas possible de péritoniser et comme le grêle était adhérent dans sa totalité on termine par une opération de Childs".

3 - LES SUITES OPERATOIRES

- sont simples (reprise du transit et chute des pinces dans les délais habituels) et la malade sort de la clinique avec une continence et un transit normaux le 14.7.66.

OBSERVATION N° 14 : Melle SCH... 41 ans (fistule recto-vaginale traumatique)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- il s'agit d'une fistule recto-vaginale consécutive à une hystérectomie totale faite à l'âge de 15 ans.
- et pour laquelle deux tentatives de cure de la paroi vaginale ont échoué

2 - LE 13 MAI 1965 OPERATION DE DUHAMEL (Dr. LOYGUE)

- médiane , libération progressive du sigmoïde et du rectum;
- on parvient ainsi à séparer rectum et vagin
- décollement recto-vaginal que l'on pousse vers le bas aussi loin que possible)
- section du rectum au-dessous de la fistule et fermeture du moignon rectal inférieur.
- mobilisation du colon sigmoïde et section des 3 artères sigmoïdiennes.
- incision anale inférieure puis décollement de la paroi du canal anal, on retrouve l'espace recto-vaginal.
- abaissement pré-rectal du colon ;
- le bout colique est laissé dépassant
- mise en place de deux pince de Kocher;
- on revient à l'abdomen pour péritoniser sur drain aspiratif
- paroi nylon.

3 - SUITES OPERATOIRES

- simples, en dehors d'une hémorragie tardive le 12^e jour, qui sera aisément contrôlée
- section du boudin au 15^e jour
- revue récemment : selles et continence normales.

OBSERVATION N° 15 : Mme IMB... Germaine, 50 ans (rétrécissement sus anal avec fistule - opération de Duhamel).

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE

- Mme IMB... est hospitalisée le 6.1.64 dans le service du Dr LOYGUE pour une fistule sacrée venant compliquer une rectite post-radium.
- ce radium lui avait été appliqué il y a 17 ans pour un cancer du col utérin par le Dr TISSERAND à l'Hôpital de Besançon.
- cette radiumthérapie a été suivie de signes rectaux qui sont allés en s'aggravant. Les biopsies itératives n'ont jamais montré de transformation de cette lésion et c'est assez récemment au début de 1963 qu'une fistule est apparue avec un trajet trans-sacré, écoulement de pus et de matières.
- une colostomie de dérivation est faite à Besançon en mars 1963 ; elle est suivie de l'arrêt de l'écoulement des matières mais laisse sourdre des glaires.
- souhaitant un rétablissement de la continuité colique, la maladie est adressée au Dr. LOYGUE.

2 - A SON ARRIVEE DANS LE SERVICE :

- malade en bon état général, présentant un orifice fistuleux à la pointe du coccyx de 2 mm de diamètre, d'où s'écoule un liquide purulent jaune

- au TR : l'orifice anal est rétréci, le doigt bute rapidement sur un diaphragme fibreux ; à la partie postérieure de ce diaphragme on sent un orifice qui admet la pulpe de l'index et semble bien être le départ du trajet fistuleux.
- au TV pas d'anomalie notable.
- l'UIV est strictement normale (en particulier aucun retentissement urétéral et vésical)

3 - LA MALADE EST OPEREE LE 24.I.64 (Opération de Duhamel (Dr. J. LOYGUE))

- médiane
- entre la colostomie et le fond du Douglas on trouve une étoffe longue, un sigmoïde en S qu'il suffit de libérer de quelques adhérences
- on décolle le rectum en arrière jusqu'à la zone de la fistule, en avant au contraire on n'ouvre pas le fond du Douglas, latéralement on sectionne la partie haute des ailerons.
- section du rectum à hauteur du cul de sac de Douglas ; la tranche de section d'aval est fermée en un plan.
- On passe alors au temps inférieur que l'on commence par une incision ano-cutanée hémicirconférentielle postérieure.
- non sans difficulté on parvient à décoller la paroi postérieure du canal anal et à atteindre le décollement présacré obtenu lors du temps abdominal
- il devient alors possible d'abaisser le bout supérieur du rectum et de l'extérioriser sur une douzaine de cm.
- on sectionne donc à peu près au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne on suture la tranche de section colique à la peau de la marge anale en arrière.

- en avant on solidarise la paroi colique et la paroi ano-rectale postérieure par deux pinces de Kelly.
- un drain aspiratif dans la concavité sacrée.
- péritonisation -paroi nylon.

4 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE DE LA PIECE RECTALE :

- paroi rectale normale (Dr. M. FAVRE)

5 - SUITES OPERATOIRES :

- remontée du colon dans le petit bassin, désunion de la suture postérieure et apparition très rapide, malgré le drainage aspiratif et les antibiotiques d'une suppuration qui entraîne une reconstitution de la fistule. Echec.
- dans ces conditions le rétablissement de la continuité n'est plus réalisable et la malade sort avec sa colostomie le 23 mars 1964.
- elle sera de nouveau hospitalisée le 24.6.64 pour une simple mise à plat de sa fistule.
- elle est revue en consultation un an plus tard : la fistule persiste ; il n'est pas envisagé de rétablissement de la continuité.

OBSERVATION N° 16 : M. AIG... 49 ans (rétrécissement après colectomie)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- laparotomie en février 1957 pour une occlusion colique fébrile et douloureuse (douleur de la FI Gauche);
"à l'ouverture on découvre une tumeur sigmoïdienne de la grosseur d'une tête de nouveau-né. Devant l'importance et l'aspect malin de la tumeur, on se contente de faire une colostomie" (Dr. WERQUIN).
- un mois et demi après, il est fait un lavement baryté : les images sont en faveur d'une sigmoïdite. On décide de faire une ablation de la "tumeur".

"tumeur moins volumineuse, moins adhérente que lors de la première intervention, mais s'étendant néanmoins de l'ampoule rectale jusqu'à l'angle gauche du sigmoïde. Amputation recto-sigmoïdienne avec fermeture des deux bouts et conservation de l'anus iliaque gauche précédemment pratiqué" (Dr. WERQUIN) C.R. Histo : sigmoïdite.

- en janvier 1958 on décide de rétablir la continuité colique (Dr. SEIDENGARD) "rétablissement de la continuité avec conservation de l'anus iliaque gauche".
- Depuis cette intervention M. AIG... n'a jamais eu de selle par l'anus naturel, tout le transit se faisant par l'anus iliaque. Un lavement baryté pratiqué le 10 mars 61 (Dr. JOURDE) montre un rétrécissement régulier infranchissable de la charnière recto-sigmoïdienne. Il y a donc une sténose totale de l'anastomose.

2 - LE MALADE EST ADMIS DANS LE SERVICE LE 2.10.63 :

- il s'agit d'un malade en excellent état général, pesant 74 kg
- il est opéré le 9.10.63 (Dr. LOYGUE) Opération de Duhamel.
C.R.O. : on repasse par la médiane en préparant la cure de l'éventration Long et difficile temps de libération des viscères abdominaux. Il est à peu près impossible de pénétrer dans le petit bassin et l'on parvient à trouver une espèce de tractus avec un méso qui établit la liaison entre le sigmoïde fistulisé dans la fosse iliaque gauche et le rectum.

Mobilisation du côlon descendant et des deux tiers gauches du côlon transverse ce qui, au total, donnera une étoffe suffisante pour l'abaissement au périnée avec une vascularisation convenable. On dégage ensuite la colostomie et enfin on aborde la partie supérieure de l'ampoule rectale en restant au contact de la paroi. On parvient ensuite à trouver le plan de clivage rétro-rectal et à poursuivre le décollement jusqu'au coccyx.

Résection de la partie supérieure de l'ampoule.

Le côlon mobilisé est abaissé dans le petit bassin derrière le segment inférieur de l'ampoule rectale et par un temps inférieur (Dr. DUBOIS) on exécute l'artifice de Duhamel.

Drain pelvien

Péritonisation

Fermeture de la paroi sur drain aspiratif.

3 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE : (Dr. M. FAVRE)

- "paroi colique sensiblement normale"

4 - SUITES OPERATOIRES :

- selle au 5e jour - chute des pinces au 9e
- résection du boudin au 15 e jour
- sort le 3.II.63 avec un transit normal et une bonne continence
- a été revu récemment : même résultat.

OBSERVATION N° 17 : M. DIM... 35 ans (rétrécissement amibien du rectum)

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE :

- il s'agit d'un amibien connu et traité (première poussée de dysentérie en 1949 en Indochine) chez qui sont apparus progressivement et successivement un prolapsus du rectum bientôt total et un rétrécissement rectal situé à 12 cm de la marge suffisamment sténosant pour entraîner deux épisodes d'obstruction colique.
- le malade nous est confié le 10 octobre 1964 par le service du Dr SIGUIER pour une cure simultanée de son prolapsus et de son rétrécissement amibien.

2 - IL EST OPERE LE 19.10.64 (Dr. LOYGUE)

- "longue laparotomie médiane, le petit bassin est libre, Douglas profond ;
- **sclérolipomatose** péri-rectale assez importante ;
- rétrécissement siégeant à la partie haute de l'ampoule rectale; la résection en raison de ce rétrécissement semble la meilleure solution, mais il apparait peu prudent de tenter une anastomose basse sous-péritonéale, par voie abdominale,
- le procédé de Duhamel fournit ici une solution intéressante :
 - . mobilisation du colon gauche que l'on pousse aussi loin que possible vers le haut ; libération du rectum jusqu'au dessous du cul de sac de Douglas ;
 - . section aussi basse que possible de l'ampoule rectale, la tranche inférieure est suturée en un plan;
 - . on ouvre l'espace retro-~~rectal~~ jusqu'au plancher périnéal;
 - . incision anale postérieure hémi-circonférentielle, libération du sphincter , on atteint ainsi l'espace décollé et l'on peut abaisser le rectum puis le colon,
 - . section du colon au ras de l'anus, suture colo-cutanée postérieure , en avant pose de deux pinces de Kocher écrasant paroi rectale postérieure et paroi colique antérieure.
 - . drain aspiratif dans le petit bassin, péritonisation, paroi nylon".

3 - COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Dr. FAVRE)

"l'aspect de ce rétrécissement qui se caractérise essentiellement par une sclérose sous muqueuse recouverte d'une zone ulcéro-nécrotique ne permet aucune conclusion étiologique. La coloration de pigments ferriques n'a pas permis de mettre en évidence d'amibes hématophages".

4 - SUITES OPERATOIRES

- gaz et selle au troisième jour ; chute des pinces au 7e
- ce même 7e jour apparition d'un syndrome occlusif considéré comme un ileus paralytique et traité médicalement (aspiration, réanimation) avec succès.
- colite à proteus et entérocoques au 15e jour, cédant à l'absorption de néomycine.
- le malade sort de l'hôpital le 17.11.1964 avec une continence normale et 2 à 3 selles moulées par jour.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

P. ABOULKER.

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BLAU O.R. -

Traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung
d'après la méthode de SWENSON modifiée par DUHAMEL.
KIROURGUIA. Moscou, 1962, n° 6, 128-130 (bibliogr.)

CEULEMANS G. -

Trois cas de maladie de HIRSCHSPRUNG traités suivant la
technique de DUHAMEL.
Acta Chir. Belg. , décembre 1961, 60, n° 9, 926-28.

CEULEMANS G., VERTOMMEN, GEATS, CAMERMAN. -

Quelques contrôles de mégacôlons opérés suivant DUHAMEL
Acta Chir. Belg. Mars 1965, 64, n° 3, 401-424, 31 fig.
(Bibliogr.)

CEULEMANS G., VAN BADEN L., VERTOMMEN A., CAMERMAN J. -

Mégacôlon . Détails techniques en Duhamel.
Acta Chir. Belg. , mai 1966, 65, n° 5, 511-512.

CLAUSEN E.G. , DAVIES O.G. Jr. -

Complications précoces et tardives de l'opération de
SWENSON dans la maladie de HIRSCHSPRUNG
Am. J. Surg. Août 1963, 106, n° 2, 372-380 (Bibliogr.)

COMTE H. - Onze cas de vessie rectale avec abaissement trans-sphinctérien
du sigmoïde chez l'adulte et leurs résultats.
Mém. ac. Chir., 1961, 87, n° 17-18, 553.

DARGENT M. -

Le traitement chirurgical des complications rectales des irradiations du petit bassin pour cancer utérin.

Arch. Mal. App. dig. 1963, 52, n° 7-8 bis, 33 à 52.

DUHAMEL B. -

Une nouvelle opération pour le mégacolon congénital. L'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon et son application possible au traitement de quelques autres malformations.

Presse Méd. 26 décembre 1956, 64, n° 95, 2249-2250.

DUHAMEL B. -

Technique chirurgicale infantile.

Masson 1957.

DUHAMEL B. -

L'abaissement rétro-rectal et trans-anal en chirurgie colique.

G.M. de France, 2 février 1963, 599-608.

DUHAMEL B. -

Exclusion du rectum avec abaissement rétro-rectal et trans-anal du colon. Application et premiers résultats d'une technique nouvelle.

Mém. Ac. Chir., 1959, 85, 192.

EHRENPREIS T. -

Les résultats tardifs de la recto-sigmoïdectomie pour la maladie de HIRSCHSPRUNG avec une note sur l'opération de DUHAMEL
Surgery, mai 1961, 49, n° 5, 701-706, 6 tabl. (Bibliogr.)

GROB M. -

Une nouvelle technique chirurgicale dans le traitement du mégacolon congénital.

Médical Tribune, avril 1966, 7, n° 49, 9.

GROB M. -

Expérience acquise dans le traitement chirurgical du mégacolon congénital et proposition d'une nouvelle technique opératoire.

Zentralblatt F. Chir. 1959, 84, n° 44, 1781.

III

HILLEMAND P. -

Mégacolon de l'adulte. Dolichocolon et mégacôlons non compliqués de l'adulte. Interprétation et traitement.
Rev. Prat. , 11 décembre 1959, 9, 32, 3469-3488 (Bibliogr.)

HOUDARD Cl. , LATAIX P., BOTELLA R. -

Traitement du mégacôlon congénital du grand enfant et de l'adulte par la résection abdominale pure .
Mém. Ac. Chir. , 1965, 91, n° 26-27, 877-884.

HOUDARD Cl., LATAIX P., BOTELLA R. -

Le rectum dans le mégacôlon de l'adulte et du grand enfant.
Arch. Mal. Appareil dig. , septembre 1965, 54, n° 9 bis, 74

KENIGSBERG K. et coll. -

Une technique par étapes du type DUHAMEL pour la correction d'une intervention type SWENSON fonctionnant mal.
Surgery, aout 1966, 60, n° 2 462-464 (Bibliogr.)

KOSTIA J. -

Arch. Dis. Child., 1962, 37, 67.

KUNE G.A. -

Le mégacôlon chez l'adulte.
Brit. J. Surg., mars 1966, 53, n° 3, 199-205, 15 fig.(bibliogr.)

LAURENCE G. -

Physiopathologie de la maladie de HIRSCHSPRUNG,
Dystonie aganglionnaire...
Rev. Prat., 1959, 9, n° 32, 3423-3432.

LOYGUE J. et SCHNEITER R. -

Le rectum dans les mégacôlons chez l'adulte
Arch. Mal. Appar. dig., septembre 1965, 54, n° 9 bis, 43-58
(Bibliogr.)

MARTIN L.W. et ALTEMEIER W.A. -

Expérience clinique d'une nouvelle opération (procédé modifié de DUHAMEL) pour la maladie de HIRSCHSPRUNG.
Ann. Surg. , octobre 1962, 156, n° 4, 678-681 (Bibliogr.)

MASSE Ph.- Mégacolon congénital de l'adolescent
Mém. Ac. chir. , 1967, 93, 41.

MUSSET R. -

Un procédé conséquent de traitement en deux temps des fistules recto-vaginales non cancéreuses qui siègent sur les 2/3 inférieurs du vagin.
J. Chir., 1963, 86, N° 6, 661-678.

NEDELEC M. -

La néo-vessie rectale. Indications et résultats.
Mém. Ac. Chir., 1961, 87, n° 32, 921.

PELLERIN D. -

Techniques d'anastomose dans la cure chirurgicale de la maladie de HIRSCHSPRUNG.
Entretiens de Bichat, (chirurgie spécialités) 1959, 89-92.

PONSAN X. - A propos du traitement chirurgical du mégacolon congénital par l'opération de DUHAMEL (deux observations)
Bordeaux, Chir., janvier 1964, n° 1, 37-39.

REDON H., MENEGAUX J.C., LOLMEDE Ch. :

L'abaissement rétro-rectal du colon après résection pour cancer du rectum
Mém. Ac. Chir. 1962, 88, n° 12-13, 405.

REDON H. - Indications chirurgicales dans le traitement des cancers
Masson 1962.

REDON H. et DEBRAY Ch. -

Problèmes diagnostiques et indications thérapeutiques dans la polyposé colique.
Presse Méd. , 1962, 70, n° 5, 217

REHBEIN F. et ZIMMERMAN H. -

Résultats de la résection par voie abdominale dans la maladie de HIRSCHSPRUNG
Arch. Dis. Child. 35-29, 1960.

ROBERT H.G. -

Fistules recto-vaginales
Thérapeutique chirurgicale (Sénèque)

SERAFINO X., QUENUM C. et SERANO G. -

Discussion du mécanisme pathogénique d'un décès post-opératoire après opération de DUHAMEL pour maladie de HIRSCHSPRUNG.
Bull. Soc. Méd. Afrique Noire, 1963, 8, n° 2, 186-191.

SOAVE F. - Une nouvelle technique chirurgicale pour le traitement de la maladie de HIRSCHSPRUNG
J. Chir., novembre 1963, 86, n° 5, n° 5, 451-464, 11 fig.
(Bibliogr.)

STATE D. - Résection colique segmentaire dans le traitement du mégacolon congénital
Am. J. Surg. , 1963, 105, 93.

SWENSON O. -

Un nouveau traitement chirurgical de la maladie de HIRSCHSPRUNG
Surgery, août 1950, 28, n° 2, 371-383, 7 fig. (Bibliogr.)

SWENSON O. -

Etude suivie pendant dix ans de deux cents malades traités pour maladie de HIRSCHSPRUNG
Ann. Surg. Octobre 1957, 146, n° 4, 614-706, 6 fig. (Bibliogr.)

SWENSON O. - Indications chirurgicales dans le mégacolon congénital.
Mém. Chir. North Amer., janvier 1964, 48, n° 1, 227-230.

TERQUEM J., VIEL R. et SOBELMAN -

A propos de l'opération d'HARTMANN et du rétablissement secondaire de la continuité intestinale.
Arch. Mal. Appa. dig. , 1960, 49, N° 6, 800

